**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY OSOBY NAJBLIŻSZEJ DLA OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

**„Moje zdrowie psychiczne – moje życie”**

realizowany przez **Fundację Strefa Innowacji**

1. Imię i nazwisko:
2. Data urodzenia:
3. PESEL:
4. Miejsce zamieszkania:
5. Osoba z niepełnosprawnością:
6. Rodzaj i stopień niepełnosprawności:
7. Stosunek pokrewieństwa:
8. Telefon kontaktowy:
9. Adres e-mail:
10. Status zatrudnienia: bezrobotna(y)/zatrudniona(y)/rencista/emeryt
11. Wykształcenie: uczeń/podstawowe/średnie/wyższe

*"Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji uczestników do ww. projektu dofinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)”.*

*…………………………………………………….*

*Podpis uczestnika projektu*

*Wyrażam zgodę na powiadomienie przez psychologa/psychoterapeutę odpowiednich służb ratunkowych w razie powzięcia w trakcie realizowanych usług informacji o sytuacji zagrażającej życiu bądź zdrowiu.”*

*...................................................*

Podpis uczestnika projektu