# KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU

### ”Razem bez barier”

Imię i nazwisko uczestnika…………………………………………………………………………….......................................

PESEL…………………………………………………………………………………………………………………………...

Adres zamieszkania …………………………………………………………………………………………………………….

### Deklaruję uczestnictwo w projekcie ”Razem bez barier ”

realizowanego przez Polski Komitet Pomocy Społecznej w następujących działaniach:

* **" Koralikowa szkatułka"- zajęcia poświęcone tworzeniu biżuterii.**
* **" Moc zapachu" - warsztaty z tworzenia własnych perfum.**
* **"Las w szkle” – warsztaty mini kompozycji z roślin zamkniętej w szkle.**
* **" Magiczna kula" – tworzenie ozdoby świątecznej.**
* **„Czekoladowe Love” – zajęcia poświęcone tworzeniu słodkości.**
* **Wyjazd pociągiem do nadmorskiej miejscowości (3 dni) połączony z warsztatami tworzenia mydełek glicerynowych.**
* **Spotkanie ze specjalistą ds. wizerunku**

 ……………………..………..………… …...……..…….…..………………………………...

 miejscowość i data czytelny podpis kandydata/lub opiekuna prawnego

**OŚWIADCZENIA**

* Wyrażam zgodę na nieograniczone czasowo, nieodpłatne wykorzystanie i powielanie mojego wizerunku utrwalonego podczas realizacji projektu „Razem bez barier” za pośrednictwem dowolnego medium, w dowolnym celu, zgodnym z obowiązującym prawem.
* Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawy z dnia 19 września 2019 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U.2019 poz. 1781).
* Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem Projektu ”Razem bez barier”, który zrozumiałem oraz akceptuję jego zapisy i postanowienia.
* Jestem osobą z zaburzeniami psychicznymi wg. przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, art. 3 (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123) lub wykazującą objawy zaburzeń psychicznych (wg ICD-10)
* Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt „Razem bez barier" realizowany jest w ramach środków przekazanych przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej.

……………………..………..………… …...……..…….…..…………………………

 miejscowość i data czytelny podpis kandydata/lub opiekuna prawnego