

## ANKIETA-ZGŁOSZENIE

### WARSZTATY ŻEGLARSKIE NA MORZU DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Zadanie współfinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
202\_r w terminie:

NAZWISKO:			1 IMIĘ:		
PESEL:			2 IMIĘ:		
ADRES ZAMIESZKANIA:	kod		miejsowość		
	ulica		nr domu	nr lokalu	
	powiat		województwo		
	gmina		poczta		
Nr orzeczenia niepełnosprawności					
Data urodzenia		miejsce			
Czy poruszasz się (postaw krzyżyk)	jedna kula		dwie kule		
	na wózku		samodzielnie		
Rodzaj niepełnosprawności	narząd suchu		ogólny stan zdrowia	narząd ruchu	
	narząd wzroku		upośledzenie umysłowe	inne przyczyny	
stopień niepełnospr.	lekki		umiarkowany	znaczny	
Data ważności orzeczenia		rodzaj niepełnosprawności			
zdolność do pracy	całkowicie niezdolny do pracy		niezdolny do samodzielnej egzystencji		
	częściowo niezdolny do pracy		nie dotyczy		
W jakim zawodzie:					
Czy miałeś/miałaś kontakt z żeglarstwem (postaw krzyżyk)			Tak	Nie	
Gdzie i kiedy (opisz):					
uczestnictwo WTZ	absolwent WTZ		nie byłem w WTZ	uczestnik WTZ	
Czy umiesz pływać :			Tak	Nie	

Dodatkowe informacje umieścić na odwrocie. Oświadczam że nie uczestniczę w tym samym czasie w innych projektach dofinansowanych ze środków PFRON. Oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem Warsztatów i akceptuję go. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych zawartych w niniejszej ankiecie, przez Pomorskie Stowarzyszenie Żeglarzy Niepełnosprawnych i Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w celach związanych z rekrutacją, monitoringiem, kontrolą i ewaluacją zadania „WARSZTATY ŻEGLARSKIE na Morzu dla Osób z Niepełnosprawnością”. Zostałem poinformowany, że mam prawo wglądu do swoich danych, ich poprawiania, gdy są niekompletne, nieaktualne lub nieprawdziwe, oraz ich usunięcia po zakończeniu badań wyników projektu. Po zakwalifikowaniu do udziału w zadaniu zobowiązuję się do rzetelnego wypełnienia przedstawionych lub przesłanych ankiet i odesłania ich pod wskazany adres.

**Oświadczam, że powyższe danesą zgodne ze stanem faktycznym**

podpis : \_\_\_\_\_

obowiązkowo dane kontaktowe:

telefon: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_