

ANKIETA-ZGŁOSZENIE

WARSZTATY ŻEGLARSKIE I MOTOROWODNE DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

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	narząduchu		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):					
Jakie posiadasz wykształcenie (postaw krzyżyk)	niepełne podstawowe		podstawowe		gimnazjalne
	zawodowe		średnie		licencjackie
	inżynierskie		magisterskie		
Czy uczysz się/studujesz (postaw krzyżyk)			Tak		Nie
uczestnictwo WTZ	absolwent WTZ		nie byłem w WTZ		uczestnik WTZ
Czy umiesz pływać (postaw krzyżyk)			Tak		Nie

Dodatkowe informacje umieść 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 I MOTOROWODNE DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH”. 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 „WARSZTATY I MOTOROWODNE DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH” 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: _____