

## ANKIETA-ZGŁOSZENIE

### WARSZTATY ŻEGLARSKIE I MOTOROWODNE DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Zadanie współfinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

20..... r w terminie:

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