

.....
imię i nazwisko Beneficjenta/Beneficjentki

.....
miejsowość , data

.....
adres zamieszkania

.....
e-mail/ telefon

**Zarząd
Stowarzyszenia na Rzecz Dzieci i Dorosłych
z Mózgowym Porażeniem Dziecięcym „ŻURAWINKA”
ul. Żurawinowa 5/7, 61- 455 Poznań**

WNIOSEK

Proszę o przyjęcie mnie*/osoby, której jestem pełnomocnikiem*/podopiecznego, którego jestem opiekunem prawnym* :

.....
(imię i nazwisko Beneficjenta/Beneficjentki, nr PESEL)

do uczestnictwa w projekcie „CHCĘ I POTRAFIĘ - wieloprofilowa rehabilitacja osób z mózgowym porażeniem dziecięcym” realizowanego przez Stowarzyszenie w okresie: 01.04.2019 – 31.03.2022 roku, współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Oświadczam, że posiadam*, w/w osoba posiada* aktualne orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu: umiarkowanym*/ znacznym* aktualne co najmniej do 31 marca 2022 roku.

Jednocześnie oświadczam, że nie uczestniczę i nie będę uczestniczyć*/ w/w osoba nie uczestniczy i nie będzie uczestniczyć* w okresie trwania niniejszego Projektu, w innym projekcie realizowanym ze środków PFRON ukierunkowanym na takie same cele.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ankiecie dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji do projektu zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 Nr 101, poz. 926 z póź. zm.)

.....
data i czytelny podpis
beneficjenta*/rodzica/pełnomocnika*/opiekuna prawnego*