

Organizator XII Abilimpiady SM:



Projekt „XII Abilimpiada SM”
współfinansowany jest przez:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

KARTA ZGŁOSZENIOWA NA XII ABILIMPIADĘ
6-8.09.2024, ul. Laskowa 95, Chrusty, 26-050 Zagnańsk k. Kielc
(należy wypełnić wszystkie pola)

DANE UCZESTNIKA

Imię i nazwisko uczestnika: _____

Adres zamieszkania: _____

Numer kontaktowy do uczestnika: _____

E-mail uczestnika: _____

Nazwa organizacji lub Oddział PTSR, której jesteś członkiem (jeśli dotyczy):

Sposób poruszania się (zaznacz właściwe):

NA WÓZKU/ Z BALKONIKIEM/ O KULI / O KULACH/ SAMODZIELNIE

Który raz bierzesz udział w Abilimpiadzie: PIERWSZY / KOLEJNY (który?: _____)

Czy potrzebujesz wsparcia opiekuna? (zaznacz właściwe) TAK/ NIE

DANE OPIEKUNA (wypełniasz, tylko jeśli potrzebujesz jego wsparcia)*

Imię i nazwisko opiekuna: _____

Numer kontaktowy do opiekuna: _____

Czy opiekun posiada orzeczenie o niepełnosprawności? (zaznacz właściwe) TAK/ NIE

Czy opiekun jest członkiem Oddziału PTSR? (zaznacz właściwe) TAK/ NIE

Organizator XII Abilimpiady SM:



Projekt „XII Abilimpiada SM”
współfinansowany jest przez:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Czy obecność opiekuna jest bezwzględna, np. w przypadku gdy liczba miejsc nie pozwala na jego udział? (zaznacz właściwe) TAK/NIE

*Wydarzenie przewiduje udział 15 opiekunów. Pierwszeństwo przyjazdu z opiekunem będą mieć osoby, które doświadczają dużych problemów z poruszaniem się i wymagają bezpośredniego wsparcia.

INFORMACJE O PRZYJEZDZIE NA ABILIMPIADĘ

**Jakim środkiem lokomocji będziesz podróżować? SAMOCHÓD/ POCIĄG/ INNE (jakie?)
(zaznacz właściwe)** TAK/ NIE**

*** Prosimy pamiętać, że zwracamy tylko 70% kosztów dojazdu.*

KONKURENCJE

Poniżej znajdą Państwo listę dyscyplin, które obowiązywać będą na XII Abilimpiadzie SM. Prosimy o zaznaczenie (postawienie X) przy dyscyplinach, w których chcą Państwo wziąć udział. Można wybrać maksymalnie 3 konkurencje, a minimalna liczba, w której trzeba wziąć udział to 2 konkurencje lub 1 konkurencja i warsztat psychologiczny.

1.	Artystyczne (dowolna technika)	
2.	Warsztaty muzyczno - taneczne	
3.	Warcaby	
4.	Fotografia	
5.	Warsztat psychologiczny	

Prosimy o załączenie do formularza zgłoszeniowego aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności, bądź aktualnego orzeczenia równoważnego. Jest to warunek niezbędny do procedowania zgłoszenia!



Klauzula informacyjna

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE („Rozporządzenie”) informujemy, że:

1. Administrator danych

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego. w Warszawie przy ul. Nowolipki 2a, 00-160 Warszawa, zarejestrowane w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000083356, NIP: 526-16-73-344, REGON: 006237795 (dalej: Administrator).

2. Cel przetwarzania danych i podstawy prawne

Dane osobowe będą przetwarzane w celu rekrutacji oraz realizacji działań statutowych PTSR na podstawie udzielonej zgody.

3. Udostępnienie danych osobowych

Pani /Pana dane mogą być udostępniane upoważnionym pracownikom i współpracownikom Administratora oraz dostawcom usług IT i grantodawcy.

4. Okres przechowywania danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez czas niezbędny dla realizacji działań statutowych PTSR.

5. Przysługujące prawa

W związku z przetwarzaniem przez Administratora Pani/Pana danych osobowych, przysługuj Pani/Panu:

- prawo dostępu do danych osobowych,
- prawo do sprostowania danych osobowych,
- prawo usunięcia danych osobowych (prawo do bycia zapomnianym),
- prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
- prawo do przenoszenia danych do innego administratora,
- prawo do cofnięcia zgody w przypadku, gdy Administrator będzie przetwarzał Pani/Pana dane osobowe w oparciu o zgodę, w dowolnym momencie i w dowolny sposób, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

data i podpis

Organizator XII Abilimpiady SM:



Projekt „XII Abilimpiada SM”
współfinansowany jest przez:



Oświadczenie

Zapoznałam/em się z Regulaminem XII Abilimpiady SM i akceptuję w pełni ujęte w Regulaminie warunki.

data i podpis

Zgoda na przetwarzanie wizerunku

Niniejszym oświadczam, że na podstawie art. 81 ust. 1 ustawy z 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1231) wyrażam zgodę na wykorzystywanie i przetwarzanie przez Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego z siedzibą w Warszawie, ul. Nowolipki 2A, 00-160, mojego wizerunku w celu realizacji przez Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego działań statutowych.

Zgoda obejmuje utrwalanie, obróbkę i powielanie materiałów wizualnych z moim wizerunkiem w trakcie XII Abilimpiady SM i wykorzystywanie (m.in. na stronie www.ptsr.org.pl, profilu na Facebooku, Instagramie, Twitterze oraz LinkedIn Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego, kanale Youtube Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego i w magazynie SM Express itp.) w ramach prowadzonych działań statutowych.

Jednocześnie zrzekam się praw związanych z kontrolą i zatwierdzaniem każdorazowego wykorzystania fotografii/nagrania/innej formy przekazu z moim wizerunkiem w działaniach prowadzonych przez Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego.

Zostałam/am poinformowany/a, że podanie danych jest dobrowolne i przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawienia.

data i podpis