

# Człowiek bez barier 2020

# Formularz Zgłoszeniowy Kandydata

## Dane Ogólne

Wypełnienie komórek z prawej strony formularza jest obowiązkowe.

|  |  |
| --- | --- |
| **Pytanie** | Pola do wypełnienia |
| **Imię i nazwisko Kandydata** |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Adres Kandydata** |  |
| **Tel. kontaktowy Kandydata** |  |
| **E-mail Kandydata** |  |
| **Imię i nazwisko osoby/ nazwa instytucji zgłaszającej** |  |
| **Adres osoby/ instytucji zgłaszającej** |  |
| **Telefon kontaktowy osoby/instytucji zgłaszającej** |  |
| **E-mail osoby/instytucji zgłaszającej** |  |
| **Rodzaj niepełnosprawności Kandydata** |  |
| **Od kiedy występuje niepełnosprawność?** |  |

**Prosimy o dołączenie zdjęć Kandydata.**

## Opis działań Kandydata

Wypełnienie komórek z prawej strony formularza jest obowiązkowe.

|  |  |
| --- | --- |
| **Pytanie** | Pola do wypełnienia |
| **Życiorys Kandydata** *(maks. 2500 znaków bez spacji)* |  |
| **Uzasadnienie zgłoszenia Kandydata**  *(maks. 2500 znaków)* |  |
| **Uwagi dodatkowe** *(maks. 1800 znaków bez spacji)* |  |

## Formularz Zgłoszeniowy - Rekomendacje

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby rekomendującej, funkcja | Telefon kontaktowy/ e-mail | Adres osoby rekomendującej |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |
| 10. |  |  |  |

## Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

*Na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dn. 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych, a także Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.*

Administratorem danych osobowych jest Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji z siedzibą w Warszawie, ul. Dzielna 1 (kod: 00-162), KRS 0000102130, NIP 524 13 92 300, REGON: 011942877. Dane kontaktowe: tel. 22 530 65 70, e-mail: [integracja@integracja.org](mailto:integracja@integracja.org)

Ja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (imię i nazwisko) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszeniowym Konkursu „Człowiek bez barier 2020” (dalej „**Konkurs**”) przez organizatora Konkursu – Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji z siedzibą w Warszawie, ul. Dzielna 1, wpisane do Rejestru Stowarzyszeń, innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji i Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000102130 – dla celów organizacji Konkursu, wydania przyznanych nagród oraz właściwego wykonania innych praw i obowiązków wynikających z regulaminu Konkursu. Podanie przeze mnie danych jest dobrowolne. Mam prawo żądania od administratora dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, przeniesienia albo ograniczenia przetwarzania.

Podpis ………………............................. Miejscowość i data ….........................................

## Zgoda na wykorzystanie wizerunku

*Na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dn. 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych, a także Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.*

Administratorem danych osobowych jest Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji z siedzibą w Warszawie, ul. Dzielna 1 (kod: 00-162), KRS 0000102130, NIP 524 13 92 300, REGON: 011942877. Dane kontaktowe: tel. 22 530 65 70, e-mail: [integracja@integracja.org](mailto:integracja@integracja.org)

Udzielam **Stowarzyszeniu Przyjaciół Integracji** z siedzibą w Warszawie, ul. Dzielna 1, wpisanemu do Rejestru Stowarzyszeń, innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji i Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000102130 nieodwołalnego i nieodpłatnego prawa wielokrotnego wykorzystywania zdjęć z moim wizerunkiem / wizerunkiem mojego………………………, ………………………………………………..…………… bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć, za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu zgodnym z prowadzoną przez Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji działalnością. Osoby wykonujące zdjęcia są związane ze Stowarzyszeniem Przyjaciół Integracji stosunkiem prawnym obejmującym dysponowanie wykonanymi przez nie zdjęciami.

Oświadczam, że jestem pełnoletni/a i nieograniczony/a w zdolności do czynności prawnych, oraz że zapoznałem się z powyższą treścią i w pełni ją rozumiem. Podanie przeze mnie danych jest dobrowolne. Mam prawo żądania od administratora dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, przeniesienia albo ograniczenia przetwarzania.

Imię i nazwisko .....................................................................................................................................

Podpis ………………............................. Miejscowość i data .....................................................