**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

|  |
| --- |
| Projekt „Organizacje stanowią prawo” współfinansowany przez Unię Europejską w ramachProgramu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020. |
| **Tytuł warsztatów/szkolenia: „PROCEDURY PFRON PROJEKTÓW DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI MOGĄ I POWINNY BYĆ LEPSZE! WSPÓLNIE WPŁYWAMY NA REGULACJE PRAWNE.”** |
| **Termin warsztatów/szkolenia: 27-28.06.2019** |
| **Miejsce warsztatów/szkolenia: Toruń**  |

**Dane uczestniczki/uczestnika warsztatów/szkolenia:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwisko:** |  |
| **Imię:** |  |
| **Telefon kontaktowy:** |  |
| **Adres mail:** |  |
| **Płeć:** | **Kobieta Mężczyzna**  |
| **Szczególne potrzeby dotyczące dostępności warsztatów/szkolenia:** | **tak nie**  **Jakie?........................................................................................** |
| **Specjalne wymogi dietetyczne (dieta wegetariańska/ bezglutenowa)** | **tak nie**  **Jaka?........................................................................................** |

**Oświadczenia uczestniczki/uczestnika warsztatów/szkolenia:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jestem przedstawicielką/przedstawicielem organizacji pozarządowej jako:** | * **Członek organizacji**
* **Pracownik zatrudniony na umowę o pracę/umowę cywilnoprawną**
* **Wolontariusz**
 |
| **Nazwa i adres organizacji:** |  |
| **Telefon kontaktowy:** |  |
| **Adres mailowy:** |  |
| **NIP:** |  |

**Informacje organizacyjne (wypełnić w przypadku takiej możliwości podanej przez organizatorów w informacji rekrutacyjnej)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zwrot kosztów dojazdu** (**do równowartości biletu II klasy PKP/PKS)** |  |

**Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że dane zawarte w Formularzu są zgodne z prawdą.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w procesie rekrutacji na warsztaty, prowadzonym przez CISTOR SPS. Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.

…………………………………………… ………………………………………………………………

 (data) czytelny podpis (imię i nazwisko)

…………………………………………… ………………………………………………………………

 (data) (podpis osoby upoważnionej do

 oddelegowania uczestnika/czki)

…………………………………………………………………..

Pieczęć organizacji (jeśli dotyczy)