



POLSKIE TOWARZYSTWO
WALKI z Mukowiscydożą
Oddział w Gdańsku

KARTA ZGŁOSZENIOWA DO PROJEKTU JESTEM SAMODZIELNY III

Miejscowość, data.....

Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydożą Oddział w Gdańsku
ul. Polanki 119
80-308 Gdańsk
www.muko.gda.pl

Proszę o przyjęcie do uczestnictwa w projekcie pt. **JESTEM SAMODZIELNY III**

NAZWISKO I IMIĘ OSOBY CHOREJ	
PESEL OSOBY CHOREJ	
ADRES ZAMIESZKANIA OSOBY CHOREJ (ulica, nr domu/mieszkania, kod, miejscowość)	
WOJEWÓDZTWO	
POWIAT	
TELEFON KONTAKTOWY STACJONARNY I KOMÓRKOWY OSOBY CHOREJ (lub RODZICA/OPIEKUNA – w przypadku osób niepełnoletnich)	
E-MAIL OSOBY CHOREJ (lub RODZICA/OPIEKUNA – w przypadku osób niepełnoletnich)	
NAZWISKO I IMIĘ RODZICA/OPIEKUNA (w przypadku osób niepełnoletnich)	
ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI AKTUALNE DO DNIA (dot. dzieci do 16 roku życia)	
ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI AKTUALNE DO DNIA – NALEŻY PODAĆ STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI I DATĘ WAŻNOŚCI (dot. osób powyżej 16 roku życia)	

- Oświadczam, że znam i akceptuję zasady realizacji i rekrutacji do projektu.
- Oświadczam, że zgłaszając się do uczestnictwa w projekcie pt. JESTEM SAMODZIELNY III nie biorę jednocześnie udziału w innych projektach realizowanych w tym samym celu ze środków PFRON.

ZAŁĄCZAM DOKUMENTY:

- kopia orzeczenia o niepełnosprawności uczestnika
- oświadczenie o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych uczestnika
- oświadczenie o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych rodzica/opiekuna prawnego uczestnika

.....
czytelny podpis (chorego lub w przypadku dziecka do lat 18 –rodzica/opiekuna prawnego)

**Zadanie dofinansowane ze środków Państwowego
Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych