

Projekt „Lubelscy Liderzy Dostępności na START” realizowany z dotacji programu Aktywni Obywatele – Fundusz Krajowy, finansowanego z Funduszy EOG

<b>FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY</b>	Nr ...../NGO/FZ/2022
	Wpłynęło dnia: .....
	Podpis pracownika: .....
do uczestnictwa w szkoleniu „ <b>NGO bez barier</b> ” w ramach projektu pt. „Lubelscy Liderzy Dostępności na START”, realizowanego z dotacji programu Aktywni Obywatele – Fundusz Krajowy finansowanego przez Islandię, Liechtenstein i Norwegię w ramach Funduszy EOG	

*Uwaga! Wszystkie białe pola Formularza Zgłoszeniowego prosimy wypełnić czytelnie drukowanymi literami oraz zaznaczyć odpowiednie kwadraty*

### **CZĘŚĆ A – Dane organizacji pozarządowej, która deleguje swojego przedstawiciela do udziału w projekcie<sup>1</sup>**

- Nazwa organizacji: \_\_\_\_\_
- Numer w rejestrze (np. KRS) : \_\_\_\_\_
- Forma prawna wnioskodawcy:  
 stowarzyszenie  
 fundacja  
 ochotnicza straż pożarna  
 inna (jaka?) \_\_\_\_\_

Adres siedziby organizacji:

- Ulica \_\_\_\_\_
- Nr budynku \_\_\_\_
- Nr lokalu \_\_\_\_\_
- Miejscowość \_\_\_\_\_
- Kod pocztowy \_\_\_\_ - \_\_\_\_
- Gmina \_\_\_\_\_
- Powiat \_\_\_\_\_
- Województwo \_\_\_\_\_
- Tel. \_\_\_\_\_
- E-mail \_\_\_\_\_
- WWW \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Wypełnia organizacja zgłaszająca

Projekt „Lubelscy Liderzy Dostępności na START” realizowany z dotacji programu Aktywni Obywatele – Fundusz Krajowy, finansowanego z Funduszy EOG

### **Oświadczenie organizacji oddelegowującej swojego przedstawiciela do projektu:**

Działając w imieniu \_\_\_\_\_  
(nazwa organizacji)

oświadczam, iż:

- 1) Organizacja pozarządowa działa na rzecz osób ze szczególnymi potrzebami, w tym osób z niepełnosprawnościami.
- 2) Dobrowolnie deklaruję udział organizacji w projekcie pt. „Lubelscy Liderzy Dostępności na START”, realizowanego z dotacji programu Aktywni Obywatele – Fundusz Krajowy finansowanego przez Islandię, Liechtenstein i Norwegię w ramach Funduszy EOG.
- 3) Wszystkie dane i informacje podane w niniejszym formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą i zobowiązuję się bezzwłocznie poinformować o ich ewentualnej zmianie.

\_\_\_\_\_  
*Miejscowość i data*

\_\_\_\_\_  
*Pieczęć i podpis osoby upoważnionej  
do reprezentacji organizacji*

Projekt „Lubelscy Liderzy Dostępności na START” realizowany z dotacji programu Aktywni Obywatele – Fundusz Krajowy, finansowanego z Funduszy EOG

## CZĘŚĆ II – Dane uczestnika projektu oddelegowanego przez organizację<sup>2</sup>

1. Imię i nazwisko \_\_\_\_\_
2. PESEL: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
3. Tel. \_\_\_\_\_
4. E-mail \_\_\_\_\_
5. Ulica \_\_\_\_\_
6. Nr budynku \_\_\_\_ 7. Nr lokalu \_\_\_\_\_
8. Miejscowość \_\_\_\_\_
9. Kod pocztowy \_\_\_\_ - \_\_\_\_
10. Gmina \_\_\_\_\_
11. Powiat \_\_\_\_\_
12. Województwo \_\_\_\_\_

### Oświadczenie Uczestnika Szkolenia:

- Ja, niżej podpisany/a \_\_\_\_\_ oświadczam, że:
- 1) Wyrażam zgodę na nieodpłatne udostępnienie mojego wizerunku, głosu i wypowiedzi utrwalonych na nośnikach cyfrowych na potrzeby promocji Projektu.
  - 2) Wszystkie dane i informacje podane w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym są zgodne z prawdą i zobowiązuję się bezzwłocznie poinformować o ich ewentualnej zmianie.
  - 3) Przyjmuję do wiadomości, że:
    - a) administratorem zebranych danych osobowych jest Związek Stowarzyszeń Forum Lubelskich Organizacji Pozarządowych, ul. Krakowskie Przedmieście 53, 20-076 Lublin.
    - b) dane osobowe będą przetwarzane, w związku z udziałem w szkoleniach w ramach projektu „Lubelscy Liderzy Dostępności na START”, realizowanego z dotacji programu Aktywni Obywatele – Fundusz Krajowy finansowanego przez Islandię, Liechtenstein i Norwegię w ramach Funduszy EOG.
    - c) moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom wyłącznie w celu monitoringu, sprawozdawczości i ewaluacji,
    - d) mam prawo dostępu do swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania, przenoszenia danych, cofnięcia zgody na przetwarzanie danych, a także wniesienia skargi do organu nadzorczego.

\_\_\_\_\_  
*Miejscowość i data*

\_\_\_\_\_  
*Podpis Uczestnika Szkolenia*

<sup>2</sup> Wypełnia przedstawiciel organizacji zgłaszającej