

## FORMULARZ REKRUTACYJNY

**Wsparcie interwencyjne realizowane w ramach zadania publicznego „Wsparcie na wyciągnięcie ręki” dzięki dofinansowaniu z budżetu Miasta Rzeszowa**

Imię		
Nazwisko		
Miejsce zamieszkania		
Telefon		
PESEL		
<b>ANKIETA POTRZEB I OCZEKIWAŃ DOTYCZĄCA RACJONALNYCH USPRAWNIĘĆ - wypełniają osoby z niepełnosprawnościami</b>		
Oświadczam, iż przystępując do projektu będę chciał(a) skorzystać z mechanizmu racjonalnych usprawnień	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
<p><i>W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „Tak”, proszę o wskazanie form wsparcia, które należy Panu/Pani zapewnić w trakcie udziału w projekcie:</i></p>	<input type="checkbox"/> koszty specjalistycznego transportu na miejsce realizacji kursów; <input type="checkbox"/> dostosowania architektonicznego budynków niedostępnych; <input type="checkbox"/> dostosowania infrastruktury komputerowej (np. wynajęcie lub zakup i instalacja programów powiększających, kamer do kontaktu z osobą posługującą się językiem migowym, drukarek materiałów w alfabecie Braille’a); <input type="checkbox"/> dostosowania akustycznego (wynajęcie lub zakup i montaż systemów wspomagających słyszenie, np. pętli indukcyjnych, systemów FM); <input type="checkbox"/> asystenta osoby z niepełnosprawnością; <input type="checkbox"/> alternatywnych form przygotowania materiałów projektowych (szkoleniowych, informacyjnych, np. wersje elektroniczne dokumentów, wersje w druku powiększonym, nagranie tłumaczenia na język migowy na nośniku elektronicznym); <input type="checkbox"/> dostosowania cateringu, uwzględniania specyficznych potrzeb żywieniowych wynikających z niepełnosprawności;; <input type="checkbox"/> inne – proszę wskazać.....	

1) Wyrażam chęć uczestnictwa w zadaniu publicznym pt. „Wsparcie na wyciągnięcie ręki” realizowanym przez Fundację na Rzecz Psychoprofilaktyki Społecznej PRO- FIL.

2) Zostałam/em poinformowana/ny, iż zadania publiczne jest dofinansowane z budżetu Miasta Rzeszowa.

3) Wyrażam zgodę na przetwarzanie wyżej wymienionych danych osobowych przez Fundację na Rzecz Psychoprofilaktyki Społecznej PRO-FIL. Dane są przekazywane dobrowolnie. Zostałam poinformowany o prawie do dostępu oraz możliwości poprawienia danych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29.08.1997 o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, ze zm.) oraz rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO).

4) Jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą i oświadczam, że dane podane powyżej są zgodne z prawdą.

5) Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z zasadami realizacji projektu i spełniam warunki uczestnictwa w projekcie.

6) Oświadczam, że zapoznałam/em się z regulaminem uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego postanowienia.

.....  
 (podpis uczestnika)

**LISTA OBECNOŚCI  
WSPARCIE INTERWENCYJNE**

Data sesji	Ilość godzin	Podpis psychoterapeuty	Podpis uczestnika