

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROGRAMIE „ZA ŻYCIEM”

Ja niżej podpisany _____

imię i nazwisko prawnego opiekuna składającego deklarację

deklaruję chęć przystąpienia mojego dziecka do udziału w rządowym Programie „Za życiem” realizowanym przez Miejską Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Opolu, ul. Niedziałkowskiego 9, 45,085 Opole, w ramach zadań ośrodka koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczego

I. Dane dziecka

Nazwisko i imię dziecka: _____

Data urodzenia: _____

Numer PESEL dziecka: _____

Pełny adres zamieszkania: _____

Żłobek/Przedszkole: _____

II. Moje dziecko:

jest dzieckiem niepełnosprawnym, posiadającym (*zaznaczyć odpowiednie, dokument załączyć do deklaracji*):

- opinię o wczesnym wspomaganie rozwoju
- orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego
- orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych
- zaświadczenie lekarskie zgodne z ustawą „Za życiem”
- orzeczenie o niepełnosprawności

jest dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością z uwagi na poważne problemy rozwojowe lub zdrowotne (*do deklaracji dołączyć dokumentację medyczną, psychologiczno-pedagogiczną uzasadniającą oświadczenie*)

W przypadku, gdy dziecko jest objęte zajęciami wczesnego wspomaganie rozwoju proszę wskazać placówkę, która je prowadzi:

- Zespół Szkół Specjalnych w Opolu
- Przedszkole Specjalne nr 53 „Iskierka” w Opolu
- Przedszkole Publiczne Integracyjne nr 51 w Opolu
- inna: _____

III. Kontakt tel. do Prawnego Opiekuna, składającego deklarację: _____

miejsowość, dnia

podpis prawnego opiekuna składającego deklarację

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, iż:

- 1) Zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Programie
- 2) Zostałem poinformowany, iż mój udział w Programie jest bezpłatny oraz uczestniczę w projekcie finansowanym ze środków publicznych.
- 3) Mój udział w Programie jest dobrowolny.

podpis prawnego opiekuna składającego deklarację

Oświadczam, iż moje dziecko nie jest objęte zajęciami terapeutycznymi w ramach „Programu za życiem” w innym ośrodku.

podpis prawnego opiekuna składającego deklarację

Świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy oświadczam, iż dane podane w Deklaracji uczestnictwa w Programie „Za życiem” są zgodne z prawdą.

podpis prawnego opiekuna składającego deklarację

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzania danych osobowych moich i mojego dziecka w zakresie obejmującym:

- o dane osobowe (imię i nazwisko, PESEL, adres),
- o dane kontaktowe (adres, nr telefonu, adres mailowy),
- o dane dotyczące problemów zdrowotnych i rozwojowych dziecka (kody ICD-10)
- o szczegółów dotyczących wsparcia (data rozpoczęcia i zakończenia udziału w programie, rodzaju i zakresu otrzymanego wsparcia, oceny efektywności)

przez Administratora Danych, którym jest Miejska Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Opolu 45-085 Opole, ul. Niedziałkowskiego 9.

Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji programu „Za Życiem”, w szczególności w celu: ustalenia rodzaju i zakresu wsparcia, monitoringu i ewaluacji wsparcia, kontroli, audytu i sprawozdawczości, potwierdzenia kwalifikowalności wydatków oraz w zakresie niezbędnym, uzasadnionym celem. Wyrażam także zgodę na przekazywanie moich danych innym podmiotom, jeśli zachodzi taka potrzeba w związku z realizacji ww celów.

podpis prawnego opiekuna składającego deklarację