

……………………………………..

*(miejscowość i data)*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

AMP GIRL POWER – Warsztaty dla kobiet po amputacji

**WARSZAWA, 26-28.04.2024 r.**

(PROSIMY O WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI)

**1. Dane Beneficjentki:**

|  |
| --- |
| IMIĘ I NAZWISKO:  |
| ADRES:  |
| WOJEWÓDZTWO / POWIAT:  |
| PESEL:  |
| TELEFON KONTAKTOWY\*:  |
| E-MAIL\*:  |

\* Nie wypełnienie pola kontaktowego we wniosku skutkuje odrzuceniem wniosku z powodu braku możliwości kontaktu z wnioskodawcą.

**2. Przyczyna niepełnosprawności (tj. od kiedy istnieje niepełnosprawność, z jakiego powodu powstała niepełnosprawność, poziom amputacji kończyny):**

|  |
| --- |
|          |

**3. Jak długo posiadasz protezę?**

|  |
| --- |
|  |

**4. W jaki sposób poruszasz się na co dzień?**

* Na wózku
* O kulach
* O jednej kuli
* W pomieszczeniu bez kul, na zewnątrz z pomocą kul
* Bez kul

**5. Dystans możliwy do samodzielnego pokonania na zewnątrz z protezą o kulach:**

* **Mniej niż 200 m**
* **200–500 m**
* **500 m – 2 km**
* **Powyżej 2 km**

**6. Co chciałbyś(-abyś) poprawić w swoim sposobie poruszania się o protezie?**

|  |
| --- |
|  |

**7. Skąd dowiedziałeś się o możliwości złożenia wniosku do Fundacji?**

* z mediów społecznościowych (np. Facebook)
* z portalu internetowego
* z radia
* z telewizji
* od znajomego
* od pracowników Fundacji Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu
* od pracownika ośrodka społecznego (jakiego?) .........................................................................................................................................
* inne, jakie?
………………………………………………………………………………..…………………………….……………………

**8. Czy do tej pory korzystałaś z dodatkowych rehabilitacji? Jeśli tak, to jakich (np. rehabilitacja domowa, rehabilitacja ambulatoryjna, pobyt w sanatorium, płatne turnusy rehabilitacyjne)?**

|  |
| --- |
|        |

**9. Opisz pokrótce swoje aktualne dolegliwości bólowe:**

|  |
| --- |
|          |

 …………....................................................................

*(data i podpis osoby składającej wniosek)*

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym szczególnych kategorii danych osobowych dotyczących stanu mojego zdrowia i historii choroby,** podanych w *Formularzu zgłoszeniowym* przez:

**Fundację Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu,** z siedzibą w Krakowie (30-408), ul. Odrzańska 13/2, KRS 0000749510,

w celu i w zakresie niezbędnym do otrzymania wsparcia, a następnie w celu możliwości zorganizowania przez Fundację Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu zajęć rehabilitacyjnych, możliwości udzielania pomocy psychologicznej lub korzystania z konsultacji medycznych u specjalistów Fundacji z dziedzin ortopedii, podologii, fizjoterapii.

Jednocześnie oświadczam, że zostałam poinformowana, że w przypadku otrzymania wsparcia, moje dane osobowe będą przekazywane osobom i podmiotom trzecim, potencjalnym darczyńcom, sponsorom, mediom, podmiotom leczniczym w celach: informacyjnych, promocji i marketingu wydarzenia, realizacji pomocy wskazanej w formularzu zgłoszeniowym, przez organizację finansującą obóz: AMP GIRL POWER – Warsztaty dla kobiet po amputacji

**Fundację Poland Business Run** z siedzibą w Krakowie (31-137) przy ul Siemiradzkiego 17/2, posiadająca REGON: 364424465, NIP: 6762507232, wpisana do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000617320, której akta rejestrowe przechowywane są przez Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie, XI Wydział Gospodarczy KRS, tel. 123957811, e-mail: biuro@polandbusinessrun.pl

……………………………………………………………………………….

*(data i podpis składającego oświadczenie)*

**Oświadczenie o zapoznaniu się z Regulaminem**

Oświadczam, że zapoznałam się z postanowieniami *Regulaminu udziału w obozie*

……………………………………………………………………………….

*(data i podpis składającego oświadczenie)*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie wizerunku, w celu udostępniania zdjęć i materiałów audio-wideo, w ramach działalności promocyjnej, informacyjnej oraz marketingowej **Fundacji Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu oraz Fundacji Poland Business Run. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana.**

……………………………………………………………………………….

*(data i podpis składającego oświadczenie)*

Oświadczam, że zapoznałem się z obowiązkiem informacyjnym, wynikającym z art. 13 RODO, udostępnionym mi przez Fundację Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu.

……………………………………………………………………………….

*(data i podpis składającego oświadczenie)*

**Załączniki do wniosku:
(proszę zaznaczyć)**

|  |  |
| --- | --- |
| ☐ | Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności\* |

 ☐ Dokumentacja medyczna

**\*wymagane do rozpatrzenia formularza**