**ANKIETA – ZGŁOSZENIE**

Imię i nazwisko: ………………………………………………….PESEL …………………………………………

Adres z kodem pocztowym ……………………………………………………………………………………………………………………….

Nr tel. stacjonarnego: ………komórkowego ………………………..e-mail ; ……………………………………..

Jaki posiadasz stopień niesprawności: umiarkowany/ znaczny/ ……………………………………………………

Podaj nr orzeczenia o niepełnosprawności…………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Czy poruszasz się (postaw krzyżyk): |  | na wózku |  |  | dwie kule |  |  | jedna kula |  |  | samodzielnie | X |

Czy miałaś/miałeś kontakt z turystyką (postaw krzyżyk): □ TAK □ NIE

Gdzie, kiedy, jaki (opisz): …………………………………………………………………………………………..

Jakie posiadasz wykształcenie (postaw krzyżyk):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | podstawowe |  | X | Zawodowe |  |  | średnie |  |  | licencjackie |  |  | inżynierskie |  |  | magisterskie |

Czy uczysz się/studiujesz: □ TAK □ NIE

 W jakiej szkole/uczelni: ……………………………………………………………………………………………

Czy pracujesz: □ TAK □ NIE

W jakim zawodzie: ………………………………………………………………………………………………….

Czy należysz do jakiejś organizacji: □ TAK □ NIE

Do jakiej: ……………………………………………………………………………………………………………

Czym się tam zajmujesz (opisz):

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

Czy interesuje Cię aktywny wypoczynek : □ TAK □ NIE

Jakie rodzaj turystyki Cię interesuje (wymień): ……………………………………………………………………

Czy aktywnie się tym zajmujesz: □ TAK □ NIE □ raczej nie

WYPEŁNIJ CZYTELNIE LITERAMI DRUKOWANYMI!!!

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Data

Oświadczam że nie jestem uczestnikiem „Warsztatów Terapii Zajęciowej”.

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych zawartych w niniejszej ankiecie, przez Fundację Okaż Serce Dzieciom i Osobom Niepełnosprawnym i Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w celach związanych z rekrutacją, monitoringiem, kontrolą i ewaluacją zadania.

Zostałam/em poinformowany, że mam prawo wglądu do swoich danych, ich poprawiania gdy są niekompletne, nieaktualne lub nieprawdziwe, oraz ich usunięcia p o zakończeniu badań wyników projektu.

Po zakwalifikowaniu do udziału w zadaniu zobowiązuję się do rzetelnego wypełnienia przedstawionych lub przesłanych ankiet i odesłania ich pod wskazany adres.

………………………………..…. ……………………………………………………

Miejscowość, data Czytelny podpis