Załącznik 3

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA 8 GODZINNE SZKOLENIE   
PN. „PODSTAWOWE ZABIEGI RESUSCYTACYJNE   
I AUTOMATYCZNA DEFIBRYLACJA ZEWNĘTRZNA”**

1. Imię i nazwisko
2. Data urodzenia
3. Miejsce urodzenia
4. PESEL
5. Adres
6. Telefon
7. E-mail
8. Jestem rodzicem/opiekunem prawnym dziecka uczęszczającego do przedszkola/pracuję w przedszkolu \* – proszę podać nazwę placówki -

11. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji projektu (zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997 roku o Ochronie danych osobowych Dz. U. nr 133 poz. 883. Administratorem danych jest „Towarzystwo Wiedzy Powszechnej” Oddział Regionalny we Wrocławiu.

12. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Regulaminem projektu i przyjmuję go do wiadomości.

13. Oświadczam, że zostałem poinformowany/ poinformowana\*, iż projekt współfinansowany jest ze środków Fundacji PZU.

14. Wyrażam zgodę na wypełnienie ankiet ewaluacyjnych w trakcie i po realizacji projektu oraz publikację dokumentacji zdjęciowej z zajęć w mediach tradycyjnych i elektronicznych.

15. Jestem świadoma/my, że złożenie Formularza zgłoszeniowego do projektu nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.

16. Świadoma/my odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późniejszymi zmianami) oświadczam, że wszystkie dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.

17. Data wysłania formularza

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Data, miejsce |  | Podpis Uczestnika |