

Stowarzyszenie TU i TERAZ

ul .Kozłowska 17/5

44-121 Gliwice

Karta Uczestnika Turnusu Rehabilitacyjnego *

w ORSW Laliki od 25 lipca 2021r. do 07 sierpnia 2021 r.

w przypadku osób o ograniczonej zdolności i pozbawionych zdolności do czynności prawnych oraz osób niepełnoletnich

wypełnia uczestnik lub rodzic/opiekun prawny/pełnomocnik*

DANE UCZESTNIKA

1. Imię i nazwisko

2. Data i miejsce urodzenia

3. Imiona rodziców

4. PESEL:.....

5. Adres zamieszkania

.....

6. Nr telefonu email:.....

7. Posiadam orzeczenie (zaznacz właściwe):

a) o stopniu niepełnosprawności: znacznym umiarkowanym lekkim

b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów:

I - niezdolności do samodzielnej egzystencji i całkowitej niezdolności do pracy

II - całkowita niezdolności do pracy

III - częściowa niezdolności do pracy

d) inne:.....

8. Miejsce nauki – pracy.....

.....

9. Czy korzystasz z dofinansowania turnusu rehabilitacyjnego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (właściwe zaznaczyć)?

Tak

Nie

10. Stopień sprawności (zaznacz właściwe) :

a) poruszanie się: chodzę samodzielnie o kulach, samodzielnie za pomocą wózka

nie poruszam się samodzielnie, inne.....

b) korzystanie z toalety/WC: jestem niezależny jestem zależny

potrzebuję częściowej pomocy, w:.....

* niepotrzebne skreślić

c) ubieranie się i rozbieranie: jestem niezależny jestem zależny potrzebuję częściowej pomocy w:.....

d) spożywanie posiłków: jestem niezależny jestem zależny potrzebuję częściowej pomocy w:.....

11. Wymień inne czynności, w których wymagasz pomocy :

.....
.....

12. Uwagi dodatkowe:

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

(rodzic/opiekun prawny/pełnomocnik*)

1. Nazwisko i imię.....

2. Data i miejsce urodzenia.....

3. PESEL

4. Adres zamieszkania.....

.....

5. Nr telefonu:..... email:

8. Informacje dodatkowe:.....

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis

* niepotrzebne skreślić

Załączniki:

1. Zaświadczenie o aktualnym stanie zdrowia
2. Oświadczenie
3. Klauzula informacyjna

Zaświadczenie o stanie zdrowia

1. Imię i Nazwisko
2. Data i miejsce urodzenia
3. PESEL
4. Adres zamieszkania.....
5. Rozpoznanie choroby
I.zasadnicze:.....
.....
II.współistniejące:.....
.....
III. przebyte operacje:
.....
.....
IV. uczulenia:
- V. przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie):.....
.....
.....
.....
V. dieta:.....
.....
.....
.....
VII. zaopatrzenie - ortopedyczne, urologiczne, inne:
.....
.....
.....
VIII. przebyte choroby zakaźne:
.....

IX. informacje dotyczące rehabilitacji:

a) wskazania (np. ćwiczenia ogólnousprawniające, zajęcia w wodzie, masaż, terapia zajęciowa):

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

b) przeciwwskazania:

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

.....

Miejscowość i data

.....

Pieczęć i podpis lekarza

Oświadczenie

(w przypadku osób o ograniczonej zdolności i pozbawionych zdolności do czynności prawnych oraz osób niepełnoletnich wypełnia uczestnik lub rodzic/opiekun prawny/pełnomocnik*)

1. Oświadczam, iż zapoznałem/łam się z regulaminem Ośrodka Rehabilitacyjno Szkoleniowo Wypoczynkowego „Laliki” dostępnym na stronie <http://www.laliki.com.pl/osrodek-laliki/regulamin> i będę przestrzegał/a jego postanowienia.
2. W przypadku niestawienia się na turnusie bez powiadomienia z dwutygodniowym wyprzedzeniem pokryję pełne koszty uczestnictwa w turnusie.
3. Jestem świadomy/a, iż w przypadku nie przedstawienia najpóźniej w dniu wyjazdu na turnus, potwierdzenia negatywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 z materiału pobranego w terminie nie wcześniejszym niż 4 dni przed rozpoczęciem turnusu rehabilitacyjnego albo nie przedłożenia dowodu odbycia pełnego cyklu szczepień przeciwko COVID-19, nie będę mógł uczestniczyć w turnusie.
4. Zobowiązuje się do używania maseczki zgodnie z przepisami. W przypadku załączenia zaświadczenia lekarskiego lub innego dokumentu potwierdzającego całościowe zaburzenia rozwoju, zaburzenia psychiczne, niepełnosprawność intelektualną w stopniu umiarkowanym, znacznym albo głębokim lub trudności w samodzielnym zakryciu lub odkryciu ust lub nosa, lub zaawansowane schorzenia neurologiczne, układu oddechowego lub krążenia, przebiegające z niewydolnością oddechową lub krążenia, uczestnik turnusu będzie zwolniony z tego obowiązku.
5. Zobowiązuje się do przestrzegania innych wymagań COVID-owych, jeśli takie będą obowiązywać w Ośrodku.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich/moich i uczestnika* danych osobowych w celu prowadzenia dokumentacji związane z turnusem rehabilitacyjnym w ORSW w Lalikach w terminie od 25.07.2021r. do 07.08.2021r., zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. A i lit. c Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).
7. Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie wizerunku mojego/uczestnika którego reprezentuję* utrwalonego podczas turnusu rehabilitacyjnego w ORSW w Lalikach w terminie od 25.07.2021r. do 07.08.2021r. Niniejsza zgoda obejmuje następujące pola eksploatacji: wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć, obrót egzemplarzami, na których utrwalono mój wizerunek oraz na zwielokrotnianie wizerunku wszelkimi dostępnymi technikami i metodami, rozpowszechnianie oraz publikowanie, w materiałach służących promocji działalności Stowarzyszenia TU i TERAZ w Gliwicach, w szczególności w: mediach (np. Internet) w materiałach promocyjnych.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpisy

* niepotrzebne skreślić

Klauzula informacyjna

(w przypadku osób o ograniczonej zdolności i pozbawionych zdolności do czynności prawnych oraz osób niepełnoletnich wypełnia uczestnik lub rodzic/opiekun prawny/pełnomocnik*)

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych – ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych (Dz. U. UE L 119/1 z dnia 4 maja 2016 r.) informujemy, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Stowarzyszenie Tu i Teraz z siedzibą przy ul. Kozłowskiej 17, 44-121 Gliwice.
- 2) W razie pytań dotyczących sposobu i zakresu przetwarzania Danych Osobowych a także przysługujących uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować z Administratorem za pomocą adresu elektronicznego: kontakt@stit.org.pl
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu prowadzenia dokumentacji związanej z uczestnictwem w turnusie rehabilitacyjnym. Dane osobowe w postaci wizerunku, będą przetwarzane na podstawie osobnego zezwolenia na wykorzystanie wizerunku.
- 4) Podstawą prawną do przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest: zgoda na przetwarzanie (art. 6 ust. 1 lit. a RODO), wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze niezbędność do celów (art. 6 ust. 1 lit. c RODO), wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO).
- 5) Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów przetwarzającym je na nasze zlecenie i uprawnionych na podstawie przepisów prawa.
- 6) Pani/Pana dane nie będą przekazane do państw trzecich.
- 7) Dostęp do Pani/Pana danych będą posiadać osoby upoważnione przez Administratora do ich przetwarzania w ramach wykonywania swoich obowiązków służbowych.
- 8) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz z zastrzeżeniem przepisów prawa, prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.
- 9) Okres przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest uzależniony od spełnienia celu w jakim dane są przetwarzane. Okres, przez który Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane jest obliczany w oparciu o właściwe przepisy prawa.
- 10) Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 -193 Warszawa.

.....

Miejscowość i data

.....

Podpisy