



Załącznik nr 1

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY  
PROJEKT „WOLONTARIAT ROKU 2019”**

**KTO CHCE POMÓC?**

<b>Imię i nazwisko Wolontariusza KOORDYNATORA PROJEKU (przedstawiciela, inicjatora projektu)</b>	
<b>Adres</b>	
<b>telefon kontaktowy</b>	
<b>e-mail</b>	
<b>SKLEP Media Expert (miejsowość) lub dział w Centrali</b>	

**KOMU CHCEMY POMÓC?**

<b>DANE OSOBY POTRZEBUJĄCEJ, PRZEDSTAWICIELA (DYREKTORA) PLACÓWKI, (Imię I Nazwisko)</b>	
<b>ADRES</b>	
<b>ZAKRES DZIAŁANOŚCI</b>	
<b>LICZBA BENEFICJENTÓW</b>	
<b>telefon kontaktowy</b>	
<b>e-mail</b>	



## JAK CHCEMY POMÓC?

- 1. OKREŚLENIE PROŚBY + KOSZTORYS (W JAKI SPOSÓB I JAKIMI NARZEDZIAMY/METODAMI CHCEMY POMÓC BENEFICJENTOM + WSTĘPNY PRZYBLIŻONY KOSZTORYS)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**PROSZĘ PODAĆ PRZEWIDYWANĄ LICZBĘ WOLONTARIUSZY UCZESTNICZĄCYCH W AKCJI:**

**PROSZĘ PODAĆ PRZEWIDYWANY TERMIN REALIZACJI**



**Do wniosku należy dołączyć kopie dokumentów potwierdzających np. Niepełnosprawność, realną sytuację życiową lub wszelkie dokumenty umożliwiające unaocznienie problemu potencjalnego beneficjenta/beneficjentów (najlepiej zdjęcia).**

---

**Data i podpis Wnioskodawcy/ KOORDYNATORA**

**OPINIA KOMISJI**  
(WYPEŁNIA FUNDACJA)

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

**OŚWIADCZENIE KOORDYNATORA**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią regulaminu Konkursu „*Wolontariat Roku 2019*” i akceptuję jego postanowienia, oraz wyrażam zgodę na potrącenie z mojego wynagrodzenia i przekazanie należności na konto Fundacji Włącz Się w przypadku niezwrócenia pozostałej kwoty zaliczki, którą otrzymałem w ramach projektu wolontariackiego.

---

**Data i podpis Wnioskodawcy/ KOORDYNATORA**



**Załącznik nr 2**

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych i wykorzystanie wizerunku  
(DLA KOORDYNATORA I WOLONTARIUSZY)**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. nr 101, poz. 926 z późn.zm) w celu realizacji niniejszego projektu. Administratorem danych osobowych w rozumieniu ww. ustawy jest Fundacja Włącz Się z siedzibą w Złotowie, ul. Za Dworcem 1D, 77-400 Złotów. Zostałem poinformowany, iż zgoda na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych Beneficjentów jest dobrowolna, a także o przysługującym mi prawie do moich danych osobowych oraz danych osobowych Beneficjentów i ich poprawiania.

.....  
Czytelny podpis/y Koordynatora i Wolontariuszy

Wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechnianie i wykorzystanie przez Fundację wizerunku w całości i we fragmentach przedstawionego na zdjęciach przekazanych Fundacji, a także danych osobowych obejmujących imię, nazwisko, nazwę schorzenia, wiek, poprzez ich publikację w całości lub we fragmentach na stronach internetowych, w publikacjach prasowych, na ulotkach, folderach, kalendarzach, plakatach reklamowych, innego rodzaju materiałach reklamowych rozpowszechnianych przez Fundację dla celów informacyjnych działań Fundacji oraz realizacji niniejszego Projektu. Zostałem poinformowany, że zgoda na wykorzystanie i rozpowszechnianie przez Fundację wizerunku oraz danych osobowych wolontariuszy może być w każdej chwili cofnięta.

.....  
Czytelny podpis Beneficjenta/ów lub innego prawnego opiekuna



### Załącznik nr 3

#### **Zgoda na przetwarzanie danych osobowych i wykorzystanie wizerunku (DLA BENEFICJENTÓW POMOCY)**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. nr 101, poz. 926 z późn.zm) w celu realizacji niniejszego projektu. Administratorem danych osobowych w rozumieniu ww. ustawy jest Fundacja Włącz Się z siedzibą w Złotowie, ul. Za Dworcem 1D, 77-400 Złotów. Zostałem poinformowany, iż zgoda na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych Beneficjentów jest dobrowolna, a także o przysługującym mi prawie do moich danych osobowych oraz danych osobowych Beneficjentów i ich poprawiania.

.....  
Czytelny podpis/y Beneficjenta/ów

Wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechnianie i wykorzystanie przez Fundację wizerunku w całości i we fragmentach przedstawionego na zdjęciach przekazanych Fundacji, a także danych osobowych obejmujących imię, nazwisko, nazwę schorzenia, wiek, poprzez ich publikację w całości lub we fragmentach na stronach internetowych, w publikacjach prasowych, na ulotkach, folderach, kalendarzach, plakatach reklamowych, innego rodzaju materiałach reklamowych rozpowszechnianych przez Fundację dla celów informacyjnych działań Fundacji oraz realizacji niniejszego Projektu. Zostałem poinformowany, że zgoda na wykorzystanie i rozpowszechnianie przez Fundację wizerunku oraz danych osobowych Beneficjenta/ów może być w każdej chwili cofnięta.

.....  
Czytelny podpis Beneficjenta/ów lub innego prawnego opiekuna