**Wniosek uczestnika/ opiekuna prawnego uczestnika\* o asystenta osobistego**

**w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”– edycja 2021 finansowanego z Funduszu Solidarnościowego**

**I. Dane uczestnika Programu:**

Imię i nazwisko uczestnika Programu: …………………………………………..

Data urodzenia: ………………………………………….

Adres zamieszkania: ……………………………………..

Telefon: …………………………………………………

E-mail: ………………………………………………….

**II. Dane opiekuna prawnego uczestnika Programu (jeśli dotyczy):**

Imię i nazwisko opiekuna prawnego uczestnika Programu:

…………………………………………………………………………………………………

Telefon:…………………………….. E-mail:……………………………

**III. Dane asystenta wskazanego przez uczestnika/opiekuna prawnego uczestnika\***

Imię i nazwisko asystenta : …………………………………………..

Adres zamieszkania: ……………………………………..

Telefon: …………………………………………………

E-mail: ………………………………………………….

**W załączeniu: Oświadczenie Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej na wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych (tj. imię i nazwisko, adres zamieszkania, nr telefonu, e-mail) dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021 (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).**

Miejscowość ………………………………., data ……………….

 .……………………………………………………………….
 (Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

\*właściwe podkreślić