

## ANKIETA-ZGŁOSZENIE

### WARSZTATY ŻEGLARSKIE NA MORZU DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Zadanie współfinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
2026 r w terminie:

<b>NAZWISKO:</b>			<b>1 IMIĘ:</b>		
<b>PESEL:</b>			<b>2 IMIĘ:</b>		
<b>ADRES ZAMIESZKANIA:</b>	kod		miejscowość		
	ulica		nr domu		nr lokalu
	powiat		województwo		
	gmina		poczta		
<b>Nr orzeczenia niepełnosprawności:</b>					
<b>Data urodzenia:</b>			<b>miejsce:</b>		
<b>Czy poruszasz się (postaw krzyżyk)</b>			jedna kula		dwie kule
			na wózku		samodzielnie
<b>Rodzaj niepełnosprawności</b>	narząduchu		ogólny stan zdrowia		narząd ruchu
	narząd wzroku		upośledzenie umysłowe		inne przyczyny
<b>stopień niepełnospr.</b>	lekki		umiarkowany		znaczny
<b>Data ważności orzeczenia:</b>			<b>rodzaj niepełnosprawności:</b>		
<b>zdolność do pracy</b>	całkowicie niezdolny do pracy			niezdolny do samodzielnej egzystencji	
	częściowo niezdolny do pracy			nie dotyczy	
<b>W jakim zawodzie:</b>					
<b>Czy miałeś/miałaś kontakt z żeglarstwem (postaw krzyżyk)</b>			Tak		Nie
<b>Gdzie i kiedy (opisz):</b>					
<b>Jakie posiadasz wykształcenie (postaw krzyżyk)</b>	niepełne podstawowe			podstawowe	
	zawodowe			średnie	
	inżynierskie			magisterskie	
<b>Gdzie widzisz swoją pracę na jachcie (można zaznaczyć kilka pozycji)</b>	utrzymanie klaru			przy odbijaczach	
	w kambuzie			w zaopatrzeniu	
<b>Czy możesz przebywać w temperaturach pow. 35°C</b>			Tak		Nie
<b>Czy uczysz się/studujesz (postaw krzyżyk)</b>			Tak		Nie
<b>uczestnictwo WTZ</b>	absolwent WTZ		nie byłem w WTZ		uczestnik WTZ
<b>Czy umiesz pływać (postaw krzyżyk)</b>			Tak		Nie

Dodatkowe informacje umieść na odwrocie. Oświadczam że nie uczestniczę w tym samym czasie w innych projektach dofinansowanych ze środków PFRON. Oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem Warsztatów i akceptuję go. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych zawartych w niniejszej ankiecie, przez Pomorskie Stowarzyszenie Żeglarzy Niepełnosprawnych i Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w celach związanych z rekrutacją, monitoringiem, kontrolą i ewaluacją zadania „WARSZTATY ŻEGLARSKIE na Morzu dla Osób z Niepełnosprawnością. Zostałem poinformowany, że mam prawo wglądu do swoich danych, ich poprawiania, gdy są niekompletne, nieaktualne lub nieprawdziwe, oraz ich usunięcia po 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.

**Oświadczam, że powyższe danesą zgodne ze stanem faktycznym**

podpis : \_\_\_\_\_

**obowiązkowo dane kontaktowe:**

telefon: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_