

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**\*

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **E-mail uczestnika** |  |
| **Uczelnia**  |  |
| **Kierunek studiów** |  |
| **Rok studiów** |  |
| **Czy jesteś studentem z niepełnosprawnością?** |  **TAK NIE** |
| **Stopień niepełnosprawności** |  |
| **Symbol niepełnosprawności** |  |
| **Czy poruszasz się na wózku inwalidzkim?** |  **TAK NIE** |
| **Czy potrzebujesz asystenta?** |  **TAK NIE** |
| **Inne wymagania i potrzeby związane z niepełnosprawnością? (np. większa czcionka tekstu, wydruk brajlowski, tłumacz języka migowego)**  |  |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundację Politechniki Łódzkiej, adres siedziby: ul. Żeromskiego 116, 90-924 Łódź, jako administratora, w celu organizacji i zrealizowania projektu pn. " Akademicka Strefa Rozwoju”.

Administrator informuje, że niniejsza zgoda może być wycofana w każdym czasie poprzez przesłanie oświadczenia o wycofaniu zgody na adres mailowy: fundacja@info.p.lodz.pl, wycofanie zgody nie wpływa jednak na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej wycofaniem.

 Podpis …………………………………………………….

\*Tekst klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych znajduje się na stronie Fundacji: [www.fundacja.p.lodz.pl](http://www.fundacja.p.lodz.pl)
\* Dane wpisane w formularz zgłoszeniowy proponujemy zaszyfrować przy pomocy darmowego programu kompresującego 7-Zip w celu zminimalizowania ryzyka dostępu osoby trzeciej do przekazywanych informacji.

*Projekt realizowany w ramach zadania publicznego „Akademicka Strefa Rozwoju” – wsparcie, rozwój umiejętności psychospołecznych, oraz integracja studiujących osób niepełnosprawnych i pełnosprawnych w regionie łódzkim” współfinansowanego przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego w ramach otwartego konkursu ofert na realizację zadania publicznego: Organizowanie i animowanie działań na rzecz środowiska akademickiego*.