Do Zarządu Stowarzyszenia

STOWARZYSZENIE NA RZECZ DZIECI I DOROSŁYCH Z SYNGAP1 I INNYMI CHOROBAMI RZADKIMI '' RAZEM dla SYNGAP1''

DEKLARACJA NA CZŁONKA ZWYCZAJNEGO / WSPIERAJACEGO **\***

1. **Informacje o Kandydacie**
   1. Dane Kandydata ( Rodzic / Prawny Opiekun / inna osoba)

Imię lub imiona ………………………………………………………………………………………………

Nazwisko ……………………………………........................................................................................

Data i miejsce urodzenia ……………………………...........................................................................

* 1. Informacje o podopiecznym

Imię lub imiona..................................................................................................................................

Nazwisko………………………………………………………………………………...............................

Data i miejsce urodzenia ……………………………...........................................................................

………………………………………………………………………………………………………………….

* 1. Adres zameldowania (dziecka)

ulica/wieś………………………………………………....nr domu................nr lokalu...........................

kod pocztowy................................miejscowość …............................................................................

województwo.....................................................................................................................................

telefon (rodziców/opiekunów)......................................................................e-mail.............................

….......................................................................................................................................................

1. **Informacje o podopiecznym**
   1. Jednocześnie informuję, że Podopieczny jest/był **\*** pod opieką

* Poradnia/Ośrodek rehabilitacyjny

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Lekarzy

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Placówki edukacyjnej

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. Historia choroby
* mutacje genetyczne, ich objawy i choroby współistniejące

…...........................................................................................................................

…...........................................................................................................................

…...........................................................................................................................

….......................................................................................................................................….............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................2.3. Ponadto zachęcamy serdecznie do podzielenia się z nami dodatkowymi informacjami, które Pan/Pani **\*** uzna za interesujące i ważne

…...........................................................................................................................

….........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

…..........................................................................................................................................................................................................................................................

…...........................................................................................................................

1. Oświadczenie Kandydata / Rodzica / Innych Prawnych Opiekunów Kandydata na członka Stowarzyszenia na Rzecz Dzieci i Dorosłych z SYNGAP1 i innymi chorobami rzadkimi ''RAZEM dla SYNGAP1”

Oświadczam że jestem Kandydatem na Członka Zwyczajnego / Wspierającego \* Stowarzyszenia na Rzecz Dzieci i Dorosłych z SYNGAP1 i innymi chorobami rzadkimi „RAZEM dla SYNGAP1”

Oświadczam, że spełniam warunki statusu członków Stowarzyszenia, które znajdują się w Statucie Stowarzyszenia;

Oświadczam, że zapoznałam/em się ze Statutem Stowarzyszenia na Rzecz Dzieci i Dorosłych z SYNGAP1 i innymi chorobami rzadkimi '' RAZEM dla SYNGAP1”;

Zobowiązuję się do przestrzegania Statutu oraz uchwał władz Stowarzyszenia i aktywnego uczestnictwa w jego działalności;

Wyrażam / nie wyrażam \* zgody na przedstawianie mojego imienia i nazwiska w publicznych spisach członków Stowarzyszenia (proszę podkreślić odpowiednie).

Data wypełnienia Czytelny podpis Kandydata

**\*** niepotrzebne skreślić

Klauzula informacyjna zgodna z RODO

Informujemy, że:

1. Administratorem danych wskazanych w zgodzie na przetwarzanie danych osobowych wyrażonej powyżej jest Stowarzyszenie na Rzecz Dzieci i Dorosłych z SYNGAP1 i innymi chorobami rzadkimi ''RAZEM dla SYNGAP1”' z siedzibą w Glinicy 12 67-231 Żukowice.

Celem zbierania danych jest realizacja zadań regulaminowych Stowarzyszenia,

1. W związku z przetwarzaniem przez Stowarzyszenie danych osobowych przysługuje Panu/Pani **\*** prawo do:
2. dostępu do treści danych na podstawie art. 15 rozporządzenia RODO;
3. sprostowania danych na podstawie art. 16 rozporządzenia RODO;
4. usunięcia danych na podstawie art. 17 rozporządzenia RODO;
5. ograniczenia przetwarzania danych na podstawie art. 18 rozporządzenia RODO;
6. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych na podstawie art. 21 rozporządzenia RODO;
7. przeniesienia danych na podstawie art. 20 rozporządzenia RODO.
8. Wyrażenie zgody na przechowywanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji celów regulaminowych. W przypadku braku wyrażenia zgody nie będzie możliwe przyjęcie w poczet członków Stowarzyszenia
9. Zgoda na przechowywanie i publikowanie zdjęć jest dobrowolna. W przypadku niewyrażenia zgody, Pan/Pani **\*** zobowiązuje się zadbać o to, aby nie uczestniczyć w sesjach fotograficznych podczas spotkań organizowanych przez Stowarzyszenie.
10. Pana/Pani dane osobowe mogą zostać udostępnione innym odbiorcom lub powierzone innym podmiotom i instytucjom w celu realizacji celów statutowych Stowarzyszenia.
11. Dane udostępnione przez Pana/Panią **\*** nie będą podlegały profilowaniu.
12. Przysługuje Panu/Pani **\*** prawo cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
13. Pan/Pani ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
14. Pana/Pani dane osobowe przechowywane będą przez okres członkostwa w Stowarzyszeniu, natomiast po ustaniu członkostwa przez okres niezbędny do rozliczeń projektów, w których brał(a) Pan/Pani **\*** udział jako członkowie Stowarzyszenia, oraz przez czas niezbędny na dopełnienie przez Stowarzyszenie obowiązku związanego z archiwizacją dokumentów wynikającego z powszechnie obowiązujących przepisów krajowych.

Data wypełnienia Czytelny podpis kandydata