**Zgłoszenie imienne załogi do projektu Disabled Sailing – Polish Cup 2022**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | PESEL | Rodzaj niepełnosprawności | Uwagi |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Adres Sternika (ulica, nr domu/mieszkania, kod pocztowy, miejscowość): | |
|  | |
|  | |
| Dane kontaktowe Sternika (telefon, adres e-mail): | |
|  | |
|  | |
| Nazwa reprezentowanego klubu/drużyny: | |
|  | |
| Sposób poruszania się:  Załogant 1:  □ przy pomocy wózka  □ przy pomocy kul  □ samodzielnie | Załogant 2:  □ przy pomocy wózka  □ przy pomocy kul  □ samodzielnie |
|  | |

Oświadczam, że nie ma żadnych przeciwwskazań zdrowotnych, jestem świadoma/świadom swojego stanu zdrowia, przystępuję do projektu rekuzowanego przez PZŻ na własną odpowiedzialność. Zapoznałam/zapoznałem się z regulaminem projektu i zobowiązuję się do jego przestrzegania. Zobowiązuje się do każdorazowego niezwłocznego informowania PZŻ o zmianie mojego stanu zdrowia i wystąpieniu przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających mi bezpieczny udział we współzawodnictwie sportowym. Przyjmuję do wiadomości, iż ponoszę całkowitą odpowiedzialność za podanie nieprawdziwych informacji w zakresie mojego stanu zdrowia lub zatajenie przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających mi bezpieczny udział projekcie, a także nie poinformowania PZŻ o ich wystąpieniu. Tym samym organizator nie ponosi odpowiedzialności za odniesione przez mnie z tego tytułu kontuzje lub urazy zdrowia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych osobowych – Polski Związek Żeglarski (dalej PZŻ) – z siedzibą w Warszawie przy al. ks. J. Poniatowskiego 1. Dane osobowe przetwarzane są w celu zgłoszenia oraz udziale w projekcie „Disabled Sailing – Polish Cup 2022” oraz do wykonywania zadań statutowych PZŻ. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak konieczne w celu rejestracji załogi. Każdej osobie przysługuje prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz ich przenoszenia. Każdej osobie przysługuje prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania jej danych, w tym w celach marketingowych, do wniesienia skargi do organu nadzorczego oraz do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. W ramach wyrażonej zgody oświadczam, iż wiem i zostałem poinformowany, że moje dane osobowe mogą zostać powierzone przez PZŻ innym podmiotom, jedynie i tylko w celach wymienionych wyżej.

Niniejszym wyrażam zgodę na wykorzystywanie mojego wizerunku przez PZŻ lub przez inne podmioty działające na zlecenie lub za zgodą organizatora, na obrót egzemplarzami, na których utrwalono ten wizerunek, oraz na zwielokrotnianie wizerunku zawodnika wszelkimi dostępnymi aktualnie technikami i metodami oraz publikowanie, rozpowszechnianie lub umieszczanie wizerunku uczestnika, także wraz z wizerunkami innych osób, na wszystkich polach eksploatacji, w szczególności w mediach elektronicznych, na stronach internetowych, a także w prasie, broszurach, bez ograniczenia w zakresie czasu, miejsca lub liczby egzemplarzy. PZŻ może przenieść na inne podmioty prawo do korzystania z wizerunku na zasadach określonych w niniejszej zgodzie, w szczególności w celu promocji zawodnika, działań PZŻ. Oświadczam, że niniejszą zgodę udzielam nieodpłatnie, bez konieczności uiszczenia jakichkolwiek opłat.

W ramach wyrażonej zgody oświadczam, iż wiem i zostałem poinformowany, że moje dane osobowe zostaną powierzone przez PZŻ innym podmiotom (Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych), jedynie i tylko w celach monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji projektu oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych realizowanych przez PFRON, a także ubezpieczycielowi ERGO Hestia.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *(data, podpis sternika)* |  | *(data, podpis załoganta)* |

**Zgłoszenia należy przesłać na adres email Koordynatora projektu**

Grzegorz Prokopowicz, e-mail: g.prokopowicz@pya.org.pl, kontakt telefoniczny: +48 508 396 365

Do zgłoszenia należy dodać kopie **orzeczeń o niepełnosprawności**, oraz stosowne oświadczenia.

*Wypełniony dokument przesyłamy drogą mailową a oryginalny przywozimy na zawody.*

**Oświadczenie uczestnika do projektu Disabled Sailing – Polish Cup 2022**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ja, niżej podpisany/a, legitymujący/a się dowodem osobistym nr | | |  | | | |
|  | | |  | | | |
| oświadczam, że w związku z wystąpieniem stanu epidemii na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w tym w szczególności w związku z przepisami Rozporządzeń Rady Ministrów w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii: | | | | | | |
| * + 1. dobrowolnie godzę się na udział w zajęciach organizowanych przez Polski Związek Żeglarski na zasadach wskazanych w przepisach prawa oraz regulaminie zajęć, w szczególności dotyczących prowadzenia zajęć w okresie epidemii COVID-19;     2. akceptuję oraz zobowiązuję się do stosowania zasad i ograniczeń związanych z prowadzeniem zajęć w okresie epidemii COVID-19;     3. jestem świadom/a oraz akceptuję ryzyka i zagrożenia związane z uczestnictwem w zajęciach organizowanych przez Polski Związek Żeglarski w okresie epidemii COVID-19;     4. wypełniłam/wypełniłem załączony poniżej formularz zgłoszeniowy na udział w zajęciach w okresie epidemii covid-19 zgodnie z prawdą oraz kompletnie. | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA ZAJECIA W OKRESIE EPIDEMII COVID-19** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Czy jesteś w pełni zaszczepiony/a? | | | | TAK | / | NIE |
| Czy jesteś obecnie objęta/-y nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)? | | | | TAK | / | NIE |
|  | | | |  |  |  |
| Pomiar temperatury 1 x dziennie o stałej porze – temperatura powyżej 37 stopni powinna budzić wątpliwości i konsultacje z lekarzem. Czy w ciągu ostatnich dwóch tygodni miałaś/-eś temperaturę powyżej 37 stopni. | | | | TAK | / | NIE |
|  | | | |  |  |  |
| Czy miało w ostatnim tygodniu ból głowy? | | | | TAK | / | NIE |
|  | | | |  |  |  |
| Czy miałaś/-eś w ostatnim tygodniu katar? | | | | TAK | / | NIE |
|  | | | |  |  |  |
| Czy miałaś/-eś w ostatnim tygodniu duszności? | | | | TAK | / | NIE |
|  | | | |  |  |  |
| Czy miałaś/-eś w ostatnim tygodniu zaburzenia węchu? | | | | TAK | / | NIE |
|  | | | |  |  |  |
| Czy miałaś/-eś w ostatnim tygodniu zaburzenia smaku? | | | | TAK | / | NIE |
|  | | | |  |  |  |
| Czy miałaś/-eś w ostatnim tygodniu miał kontakt z osobą z potwierdzonym zakażeniem COVID-19? | | | | TAK | / | NIE |
|  | | | |  |  |  |
| Czy miałaś/-eś w ostatnim tygodniu kontakt z osobą chorą na zapalenie płuc? | | | | TAK | / | NIE |
|  | | | |  |  |  |
| Czy w ostatnim tygodniu przebywałaś/-eś w obszarze wysokiego ryzyka, np. szpital? | | | | TAK | / | NIE |
|  | | | |  |  |  |
| Jeżeli masz któryś z powyższych objawów, prosimy o zgłoszenia się do lekarza. Jednocześnie informujemy, iż nie może Pan/Pani brać udziału w projekcie. | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Inne uwagi o stanie zdrowia: | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  |  |  | | | | |
| *(miejscowość, data)* |  | *(czytelny podpis)* | | | | |