

## 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 świadomy/świadoma sw ojego stanu zdrowia, przystępuję do projektu rekrutacji przez PZZ na własną odpowiedzialność. Zapoznałam/zapoznałem się z regulaminem projektu i zobowiązuję się do jego przestrzegania. Zobowiązuję się do każdorazowego niezwłocznego informowania PZZ o zmianie mojego stanu zdrowia i w 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 PZZ 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 PZZ) – z siedzibą w Warszawie przy al. ks. J. Poniatowskiego 1. Dane osobowe przetwarzane są w celu zgłoszenia oraz udziału w projekcie „Disabled Sailing – Polish Cup 2022” oraz do wykonywania zadań statutowych PZZ. 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 w imię zostałem poinformowany, że moje dane osobowe mogą zostać powierzone przez PZZ innym podmiotom, jedynie i tylko w celach wymienionych wyżej.

Niniejszym wyrażam zgodę na wykorzystywanie mojego wizerunku przez PZZ lub przez inne podmioty działające na zlecenie lub za zgodą organizatora, na obrót egzemplarzami, na których utrwalono ten wizerunek, oraz na wielokrotnianie wizerunku zawodnika w wszelkich dostępnych aktualnie technikami i metodami oraz publikowanie, rozpowszechnianie lub umieszczanie wizerunku uczestnika, także w raz 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. PZZ może przenieść na inne podmioty prawo do korzystania z wizerunku na zasadach określonych w niniejszej zgodzie, w szczególności w celu promocji zawodnika, działań PZZ. Oświadczam, że niniejszą zgodę udzielam nieodpłatnie, bez konieczności uiszczenia jakichkolwiek opłat.

W ramach wyrażonej zgody oświadczam, iż w imię zostałem poinformowany, że moje dane osobowe zostaną powierzone przez PZZ 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)