

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do Rady Doradczej Fundacji Razem Przeciw DMD

I. Dane kandydata

1. Imię i nazwisko:
2. Adres zamieszkania (ulica, numer domu/mieszkania, kod pocztowy, miejscowość):
.....
.....
3. Numer telefonu:
4. Adres e-mail:
5. Numer PESEL (dla potrzeb ubezpieczenia NNW podczas działań Fundacji):
.....

II. Powiązanie z działalnością Fundacji

Proszę zaznaczyć właściwe:

- ☐ Rodzic / opiekun prawny osoby z DMD
- ☐ Członek rodziny osoby z DMD
- ☐ Osoba zawodowo związana z pomocą osobom z niepełnosprawnościami
- ☐ Wolontariusz Fundacji
- ☐ Inne (jakie?):

III. Motywacja i doświadczenie

1. Dlaczego chcę dołączyć do Rady Doradczej?
.....
.....
2. Jakie doświadczenia, kompetencje lub umiejętności mogę wnieść do pracy Rady?
.....
.....

IV. Zakres zaangażowania

Proszę zaznaczyć:

- ☐ Mogę brać udział w spotkaniach online
- ☐ Mogę brać udział w spotkaniach stacjonarnych
- ☐ Jestem gotów/gotowa współpracować przy inicjatywach Fundacji
- ☐ Mogę angażować się w działania promocyjne / edukacyjne / społeczne

V. Oświadczenia kandydata

Ja, niżej podpisany/a:

1. Deklaruję chęć przystąpienia do **Rady Doradczej Fundacji Razem Przeciw DMD**.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z **Regulaminem Rady Doradczej** i zobowiązuję się go przestrzegać.
3. Zobowiązuję się działać zgodnie z misją i wartościami Fundacji.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundację Razem Przeciw DMD w celu:
 - prowadzenia działalności Rady Doradczej (organizacja spotkań, komunikacja z członkami, wysyłka materiałów, identyfikatorów),
 - realizacji działań ubezpieczeniowych (w tym NNW podczas wydarzeń i akcji Fundacji).
5. Oświadczam, że podane dane są prawdziwe i zgodne z moją wiedzą.

VI. Podpis kandydata

Miejscowość, data:

Podpis: