Załącznik nr 1 do Regulaminu świadczenia usług transportowych door-to-door w gminie Nowy Duninów

**Osoba potrzebująca wsparcia**

**w zakresie mobilności**

……………………………………………

(imię i nazwisko)

……………………………………….....

(dane kontaktowe)

**Gmina Nowy Duninów**

**ul. Osiedlowa 1**

**09-505 Nowy Duninów**

**OŚWIADCZENIE**

**o potrzebie wsparcia w zakresie mobilności**

**(proszę zaznaczyć „X” we właściwym okienku/wpisać wymaganą informację)**

Niniejszym oświadczam, że poniższe dane są zgodne ze stanem prawnymi i faktycznym:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj ograniczenia w zakresie mobilności** | **Odpowiedź** |
| 1. | Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności lub inny równoważny dokument |  tak  nie |
| 2. | Jeżeli w pkt 1 odpowiedź jest twierdząca należy wskazać  kod niepełnosprawności |  |
| 3. | Poruszam się na wózku inwalidzkim |  tak  nie |
| 4. | Poruszam się o kulach |  tak  nie |
| 5. | Posiadam ograniczoną możliwość poruszania się |  tak  nie |
| 6. | Jestem osobą niewidomą |  tak  nie |
| 7. | Jestem osoba słabowidzącą |  tak  nie |
| 8. | Jestem osobą głuchą |  tak  nie |
| 9. | Jestem osobą słabosłyszącą |  tak  nie |
| 10. | Jestem osobą głuchoniewidomą |  tak  nie |
| 11. | Jestem osobą z niepełnosprawnością psychiczną |  tak  nie |
| 12. | Jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną |  tak  nie |

|  |  |
| --- | --- |
| Sposób pozyskania informacji o usłudze transportowej door-to-door | Stowarzyszenie „Nasze Lipianki”  Internet  Urząd Gminy w Nowym Duninowie  GOPS w Nowym Duninowie  NZOZ „Rodzina” w Nowym Duninowie  od znajomego  inne…………...………………. |

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym oświadczeniu do ce1ów weryfikacji dostępu do usługi transportowej door- to- door realizowanej dla mieszkańców gminy Nowy Duninów, mających trudności w poruszaniu, zgodnie z przepisami wynikającymi z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46lWE, oraz ustawy z dnia 10  maja  2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1781).
2. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o możliwości cofnięcia zgody na przetwarzanie moich danych osobowych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z  prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

…………….…….…. ………………………………….

(miejscowość, data) (czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)