



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W ŚWIDNIKU

UL. ELIZY ORZESZKOWEJ 4, 21 - 040 ŚWIDNIK

TEL. 81 751 54 32 | FAX 81 759 17 35

e-mail: KANCELARIA@PCPR-SWIDNIK.PL | WWW.PCPR-SWIDNIK.PL

*Załącznik do wniosku o udzielenie dofinansowania
ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych*

OŚWIADCZENIE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ ZAMIESZKUJĄCEJ WSPÓLNIE Z OSOBĄ WNIOSKUJĄCĄ O UDZIELENIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH DO LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH, W KOMUNIKOWANIU SIĘ I TECHNICZNYCH

Imię i nazwisko.....
PESEL ¹
Adres zamieszkania.....

Niniejszym oświadczam, iż zamieszkuję wspólnie z Panią / Panem
.....

Jednocześnie oświadczam, iż jestem osobą niepełnosprawną i dołączam orzeczenie
o stopniu niepełnosprawności / o niezdolności do pracy / o niezdolności do pracy
w gospodarstwie rolnym.

.....
*data i czytelny podpis osoby niepełnosprawnej /
przedstawiciela ustawowego*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji procedury przyznawania
dofinansowań ze środków PFRON. Przyjmuję do wiadomości, że administratorem podanych danych
osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Świdniku z siedzibą przy ul. E. Orzeszkowej 6.
Posiada Pan/Pani dostęp do treści swoich danych oraz prawo ich poprawiania. Podanie danych osobowych
jest dobrowolne.

.....
*data i czytelny podpis osoby niepełnosprawnej /
przedstawiciela ustawowego*

1 W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL wpisać numer dokumentu tożsamości