🧩 ANKIETA ZGŁOSZENIOWA – MOSTY WSPARCIA

Wersja 2 do wydruku i podpisu

Projekt: „Mosty wsparcia – Dni Zdrowia Psychicznego”
Okazja: Światowy Dzień Zdrowia Psychicznego – 10.10.2025 r.
Organizator: Fundacja Żywieniowe ABC

DANE UCZESTNIKA

- **Imię i nazwisko:** .....
- **Data urodzenia:** .....
- **Numer telefonu:** .....
- **Adres e-mail (opcjonalnie):** .....
- **Miejsce zamieszkania (Rzeszów / okolice):** .....

FORMA KONTAKTU (zaznacz odpowiednie):

☐ Konsultacja telefoniczna
☐ Konsultacja online (ClickMeeting)
☐ Konsultacja przez WhatsApp

RODZAJ WSPARCIA, KTÓRYM JESTEM ZAINTERESOWANY/A:

☐ Konsultacja indywidualna z psychologiem
☐ Porada doradcza / profilaktyczna
☐ Udział w spotkaniu informacyjno-edukacyjnym (10.10.2025, Rzeszów, ul. 3 Maja)
☐ Otrzymanie materiałów edukacyjnych online

CZY WCZEŚNIEJ KORZYSTAŁ(A) PAN/PANI Z PODOBNYCH DZIAŁAŃ PROJEKTOWYCH?

☐ Tak ☐ Nie

KRÓTKI OPIS POTRZEBY LUB CELU KONSULTACJI (dobrowolnie):

.....
.....
.....

DODATKOWE INFORMACJE (opcjonalne):

□ Jestem osobą pochodzącą z Ukrainy
□ Mam specjalne potrzeby rozwojowe lub rehabilitacyjne
□ Chciał(a)bym otrzymywać informacje o kolejnych projektach Fundacji

ZGODA NA UDZIAŁ W PROJEKCIE I PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na udział w projekcie **„Mosty wsparcia – Dni Zdrowia Psychicznego”** oraz na przetwarzanie moich danych osobowych przez **Fundację Żywieniowe ABC** w celu realizacji działań projektowych, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO).

Data: .....
Podpis uczestnika: .....

ZGODA DLA OSÓB NIEPEŁNOLETNICH

Ja, niżej podpisany/a .....
(rodzic / opiekun prawny),
wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w konsultacji psychologicznej lub doradczej online w ramach projektu **„Mosty wsparcia – Dni Zdrowia Psychicznego”**.

Imię i nazwisko dziecka: .....
Data urodzenia dziecka: .....

Data: .....
Podpis rodzica / opiekuna prawnego: .....

Prosimy o odesłanie skanu lub wyraźnego zdjęcia podpisanej ankiety na adres e-mail: projekty@zywienioweabc.com.pl