WNIOSEK WYPEŁNIAMY TYLKO PISMEM KOMPUTEROWYM LUB DRUKOWANYM

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ...............................................................  (pieczątka jednostki wnioskującej) |  | ...............................................................  (miejscowość , data) | | |
| Wniosek  o dofinansowanie kosztów bezosobowych programu  "Animator Sportu Osób Niepełnosprawnych"  **"Prowadzenie zajęć sportowych dla osób niepełnosprawnych"**  **z Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej** | | | Wypełnia Wojewódzki SZS  Data złożenia wniosku  ......................................................  Numer wniosku........................... |

EDYCJA – Pierwsza i Druga \*

EDYCJA – Pierwsza\* lub Druga\*

(\*- niepotrzebne skreślić)

# *I. INFORMACJA O WNIOSKODAWCY*

## 1. Wnioskodawca (klub):

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

**2. Adres wnioskodawcy (klubu):**

ulica.......................................................................................................................... nr..............................................

kod pocztowy............................................. miejscowość..........................................................................................

gmina..................................................................................... powiat........................................................................

nr tel................................................................................, fax....................................................................................

e – mail.........................................................................................................................................................................

**3. Status prawny –**

Załączyć aktualny odpis lub wydruk komputerowy z Krajowego Rejestru Sądowego albo zaświadczenie lub informację sporządzoną na podstawie ewidencji właściwej dla formy organizacyjnej wnioskodawcy.

**4. Osoba objęta dofinansowaniem:**

nazwisko......................................................... imiona (1) .................................................. (2) ..................................

uprawnienia szkoleniowe .............................................................................................................................................

adres zamieszkania (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu) .............................................................................

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

miejsce pracy (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu) ......................................................................................

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

Nr PESEL ............................................................... ..............................................................................................

Dane do kontaktu (nr telefonu, faks, mail) ....................................................................................................................

|  |
| --- |
| * Wyrażam dobrowolną zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie danych zawartych w niniejszym Wniosku (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926, ze zm.), do celów związanych z prowadzeniem zajęć sportowych osób niepełnosprawnych, * Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, iż podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia dofinansowania ze środków MSiT w ramach Projektu ,, Animator Sportu Osób Niepełnosprawnych. * Jednocześnie informujemy, że przysługuje Pani/u prawo wglądu do swoich danych oraz ich poprawienia.   *.................................................................... ..................................................*  (miejscowość, data) (podpis kandydata) |

# *II. UZASADNIENIE WNIOSKU.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

III. OŚWIADCZENIE OSOBY OBJĘTEJ DOFINASOWANIEM

Oświadczam, że w okresie realizacji zadania "Prowadzenie zajęć sportowych oraz działalność szkoleniowa w sporcie osób niepełnosprawnych" nie będę pobierać wynagrodzenia ze środków specjalnych Ministerstwa Sportu i Turystyki w ramach realizacji innych programów dotyczących dofinansowania prowadzenia zajęć kultury fizycznej.

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

(podpis osoby objętej dofinansowaniem)

IV. Oświadczenie o zapewnieniu środków w wysokości nie mniejszej niż 100 % środków pochodzących z dofinansowania ze środków MSiT:

* Okres: marzec – czerwiec i wrzesień – grudzień\* ( 300 zł x 8 miesięcy = 2 400 zł; - 80 godzin zajęć) (\*- niepotrzebne skreślić)
* Okres: marzec – czerwiec\* lub wrzesień – grudzień\* ( 300 zł x 4 miesiące = 1 200 zł; - 40 godzin zajęć) (\*- niepotrzebne skreślić)

|  |  |
| --- | --- |
| KTO ZAPEWNIA | **PLN** |
|  |  |
|  |  |
| RAZEM KWOTA |  |

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

(pieczęć i podpis jednostki oświadczającej)

***Pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, iż dane oraz oświadczenia zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię** | **nazwisko** | **Stanowisko** | **Pieczątka** | **podpis (czytelny)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |