

**DEKLARACJA CZŁONKOWSKA GRUPY OPP  
(DLA PODOPIECZNEGO GRUPY)**

NUMER EWIDENCYJNY GRUPY OPP	NAZWA GRUPY OPP

**1. Informacje o Podopiecznym Grupy:**

NAZWISKO	IMIĘ	PESEL

ADRES ZAMIESZKANIA

ADRES KORESPONDENCYJNY (GDY JEST INNY NIŻ ADRES ZAMIESZKANIA)

NUMER TELEFONU	ADRES E-MAIL

**Dane opiekuna prawnego Podopiecznego Grupy\*:**

NAZWISKO	IMIĘ	PESEL

**Oświadczenie Podopiecznego Grupy/opiekuna prawnego Podopiecznego Grupy:**

- 2.1. Oświadczam, że moja sytuacja materialna/sytuacja materialna Podopiecznego Grupy nie pozwala na samodzielne sfinansowanie mojego/jego leczenia i rehabilitacji lub innych moich/jego wydatków związanych z zaspokajaniem niezbędnych potrzeb, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.
- 2.2. Oświadczam, że wszystkie informacje podane w Deklaracji Członkowskiej są zgodne z prawdą.
- 2.3. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią aktualnego Regulaminu gromadzenia i wydatkowania środków pieniężnych na realizację zadań Grupy OPP Fundacji SEDEKA dostępnego na stronie internetowej Fundacji: [www.sedeka.pl](http://www.sedeka.pl) i znane są mi zadania Grupy OPP polegające w szczególności na:
- organizowaniu i gromadzeniu środków pieniężnych w celu realizacji przez Grupę jej zadań z zakresu pożytku publicznego, w tym świadczenia różnorodnych form pomocy, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej na rzecz konkretnych osób;
  - organizowaniu i gromadzeniu środków pieniężnych na realizację celów pożytku publicznego, określonych ustawą z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie zgodnie z *Deklaracją zadań pożytku publicznego realizowanych przez Grupę OPP*, obejmującą cele pożytku publicznego;
  - pozyskaniu oraz współpracy z podmiotami, pragnącymi pomóc Grupie w realizacji celów pożytku publicznego.
- 2.4. Oświadczam, że akceptuję wskazane powyżej zadania Grupy OPP, a także będę dokładał starań w celu ich realizacji.

**3. Dane osobowe:**

Administratorem danych osobowych jest Fundacja SEDEKA z siedzibą w Warszawie, ul. Grzybowska 4 lok. 132, 00-131 Warszawa. Oświadczam, że zapoznałam/-em się z treścią Klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści danych i prawie ich poprawiania, jak również prawie do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.

DATA I CZYTELNY PODPIS PODOPIECZNEGO GRUPY**

Wyrażam zgodę na umieszczenie na indywidualnym profilu Grupy OPP moich danych osobowych/danych osobowych Podopiecznego Grupy, w szczególności imienia i nazwiska, miejscowości, województwa.

DATA I CZYTELNY PODPIS PODOPIECZNEGO GRUPY**

Wyrażam zgodę na umieszczenie na indywidualnym profilu Grupy OPP informacji o moim stanie zdrowia (schorzeniu)/ stanie zdrowia (schorzeniu) Podopiecznego Grupy.

DATA I CZYTELNY PODPIS PODOPIECZNEGO GRUPY**

Wyrażam zgodę na umieszczenie na indywidualnym profilu Grupy OPP mojego wizerunku/wizerunku Podopiecznego Grupy utrwalonego na przekazanych Fundacji zdjęciach.

DATA I CZYTELNY PODPIS PODOPIECZNEGO GRUPY**

Niniejszym upoważniam Kierownika Grupy OPP do zarządzania treścią umieszczoną na indywidualnym profilu Grupy OPP, w tym do decydowania o dalszym jej udostępnianiu podmiotom zewnętrznym (m.in. portalom społecznościowym typu Facebook).

DATA I CZYTELNY PODPIS PODOPIECZNEGO GRUPY**

Jako Kierownik Grupy OPP, niniejszym wyrażam zgodę na przystąpienie .....  
w charakterze Podopiecznego prowadzonej przeze mnie Grupy OPP. (imię i nazwisko Podopiecznego Grupy)

CZYTELNY PODPIS KIEROWNIKA

\* należy wypełnić w przypadku, gdy Podopieczny Grupy OPP nie jest osobą pełnoletnią lub nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych

\*\* w przypadku, gdy Podopieczny Grupy OPP nie jest osobą pełnoletnią lub nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych podpis składa jego rodzic lub inny opiekun prawny.