

**STOWARZYSZENIE POMOCY OSOBOM AUTYSTYCZNYM**

ul. Plac Wybickiego 18 80-440 Gdańsk

NIP: 584-106-71-17

tel. / fax (+ 48 58) 557-53-41; [www.spoa.org.pl](http://www.spoa.org.pl); e-mail: [autyzm@spoa.org.pl](mailto:autyzm@spoa.org.pl)

BANK PKO BP S.A. II o/Gdańsk nr 88 1020 1811 0000 0002 0072 0474

organizacja pożytku publicznego KRS: 0000112634

**KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA W KURSIE**  
*dotyczącym podstaw terapii behawioralnej*

<i>IMIĘ I NAZWISKO</i>	
<i>ADRES ZAMIESZKANIA, TELEFON, E-MAIL</i>	
<i>ZAKŁAD PRACY, ADRES, TELEFON, E-MAIL</i>	
<i>JESTEM RODZICEM OSOBY Z AUTYZMEM</i>	<i>JESTEM NAUCZYCIELEM/OPIEKUNEM OSOBY Z AUTYZMEM</i>
<i>WIEK osoby z autyzmem; _____</i>	<i>WIEK osoby z autyzmem _____</i>
	<i>INNE _____</i>

- *Administratorem w/w danych osobowych jest STOWARZYSZENIE POMOCY OSOBOM AUTYSTYCZNYM z siedzibą w Gdańsku przy ul. Prezydenta Lecha Kaczyńskiego 28. Dane przetwarzane są w zakresie organizacji i przebiegu szkolenia. Wymagania zawarte w Ogólnym Rozporządzeniu o Ochronie Danych (RODO). Uczestnik posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawienia.*
- *Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez STOWARZYSZENIE POMOCY OSOBOM AUTYSTYCZNYM z siedzibą w Gdańsku, w celu realizacji zgłoszenia oraz w celu przesyłania informacji o szkoleniach. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y przez STOWARZYSZENIE POMOCY OSOBOM AUTYSTYCZNYM z siedzibą w Gdańsku o prawie wglądu i zmiany moich danych osobowych.*

---

*DATA I PODPIS UCZESTNIKA*