

# Fundacja Piłkarstwa Polskiego

Program wsparcia Fundacji Piłkarstwa Polskiego

osób zasłużonych dla polskiej piłki nożnej („Program”)



## **WNIOSEK KWALIFIKACYJNY O UDZIELENIE POMOCY W RAMACH PROGRAMU**

1.	Wniosek Kwalifikacyjny nr:	Z dnia:
<b>WNIOSKODAWCA WYPEŁNIA PUNKTY 2 - 13</b>		
2.	Imię i nazwisko wnioskodawcy	
3.	Telefon kontaktowy	
4.	PESEL	
5.	Adres korespondencyjny	
6.	Adres e-mail:	
7.	Liczba rozegranych meczów w Reprezentacji Polski <i>*dotyczy piłkarzy</i>	
8.	Informacje o grze w rozgrywkach lig centralnych (Ekstraklasa, I liga, II liga) , w jakich latach <i>*dotyczy piłkarzy</i>	
9.	Informacje o pełnionych funkcjach w strukturach PZPN lub WZPN <i>*dotyczy działaczy</i>	

<p><b>10. Opis sytuacji materialnej (finansowej)</b>  <b>*pisemne oświadczenie</b></p>	
<p><b>11. Opis stanu zdrowia</b>  <b>*zaświadczenia lekarskie o stanie zdrowia lub skierowania na rehabilitację w formie załącznika</b></p>	
<p><b>12. Refundacja udokumentowanych Kosztów Dojazdu w obie strony na podstawie skanu lub kserokopii <u>wykorzystanych</u> biletów II klasa PKP)</b></p>	<p><b>nr rachunku bankowego do zwrotu kosztów podróży:</b></p>
<p><b>13.</b> Oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem ww. Programu i w pełni go akceptuję oraz zobowiązuje się go przestrzegać, jak również w pełni dobrowolnie i świadomie składam niniejszy Wniosek Kwalifikacyjny wraz ze wszystkimi wymaganymi dokumentami dotyczącymi mojej sytuacji materialnej (finansowej) i zdrowotnej, a wszelkie podane przeze mnie dane i informacje oraz przedstawione dokumenty są zgodne z prawdą i autentyczne.</p> <p>Ponadto, niniejszym zobowiązuje się do pokrycia wszelkich kosztów i wydatków, które mogą powstać z mojej winy w trakcie mojego pobytu w ośrodku leczniczo-rehabilitacyjnym w ramach ww. Programu poprzez naruszenie regulaminu ośrodka i niniejszym upoważniam Fundację Piłkarstwa Polskiego do obciążenia mnie takimi kosztami i wydatkami.</p> <p>Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku kwalifikacyjnym oraz załącznikach do wniosku, w tym danych dotyczących mojego stanu zdrowia, przez Fundację Piłkarstwa Polskiego z siedzibą w Warszawie w celu mojego udziału w Programie wsparcia Fundacji Piłkarstwa Polskiego dla osób zasłużonych dla Polskiej Piłki Nożnej oraz rozpatrzenia mojego wniosku kwalifikacyjnego przez Kapitułę Programu. Mam prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.</p> <p>Przyjmuję do wiadomości, że:</p> <p>a) administratorem moich danych osobowych jest Fundacja Piłkarstwa Polskiego z siedzibą w Warszawie (02-366), ul. Bitwy Warszawskiej 1920 r. nr 7,</p> <p>b) moje dane osobowe przetwarzane będą w celu udziału w Programie Wsparcia Fundacji Piłkarstwa Polskiego dla osób zasłużonych dla Polskiej Piłki Nożnej oraz rozpatrzenia mojego wniosku kwalifikacyjnego, na podstawie na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób</p>	

<p>fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.UE.L Nr 119, str. 1) (dalej: RODO); ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń związanych z moim udziałem w Programie Wsparcia Fundacji Piłkarstwa Polskiego dla osób zasłużonych dla Polskiej Piłki Nożnej – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO); uzasadnionym interesem administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń;</p> <p>c) odbiorcami moich danych osobowych mogą być wybrane przez administratora danych ośrodki leczniczo-rehabilitacyjnym w Polsce, jak również Poczta Polska S.A. , podmioty będące członkami Polskiego Związku Piłki Nożnej oraz podmioty świadczące usługi kurierskie. Ponadto moje dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora, m.in. dostawcom usług IT czy też biurom rachunkowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora,</p> <p>d) moje dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń związanych z moim udziałem w Programie Wsparcia Fundacji Piłkarstwa Polskiego dla osób zasłużonych dla Polskiej Piłki Nożnej lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa,</p> <p>e) posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,</p> <p>f) mam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, iż przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO,</p> <p>g) podanie przeze mnie moich danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne do wzięcia udziału w Programie Wsparcia Fundacji Piłkarstwa Polskiego dla osób zasłużonych dla Polskiej Piłki Nożnej oraz rozpatrzenia mojego wniosku kwalifikacyjnego – bez podania danych osobowych wzięcie udziału w Programie Wsparcia Fundacji Piłkarstwa Polskiego dla osób zasłużonych dla Polskiej Piłki Nożnej oraz rozpatrzenie mojego wniosku nie jest możliwe.</p>	
<p><b>Data i podpis wnioskodawcy</b></p>	
<p><b>14.</b></p>	<p><b>Ewentualnie opinia Wojewódzkiego Związku Piłki Nożnej</b>  <i>*uzyskanie opinii WZPN zależy od decyzji Kapituły</i></p>
<p><b>Data i podpis uzyskującego opinię</b></p>	
<p><b>DECYZJA KAPITUŁY FUNDACJI PIŁKARSTWA POLSKIEGO</b></p>	
<p><b>15.</b></p>	<p><b>Decyzja Kapituły w sprawie Wniosku Kwalifikacyjnego</b></p>
<p><b>KOORDYNATOR PROGRAMU WYPEŁNIA PUNKTY 16-20</b></p>	

16.	Termin Pobytu przydzielonego w ośrodku rehabilitacyjnym	
17.	Numer przydzielonego turnusu	
18.	Data i forma poinformowania Beneficjenta o terminie przyznanej rehabilitacji (Pobytu)	
19.	Data i forma otrzymania od beneficjenta akceptacji przydzielonego Terminu Pobytu	
20.	Potwierdzenia ukończenia turnusu rehabilitacyjnego przez Beneficjenta przez przedstawiciela ośrodka w przydzielonym Terminie Pobytu	
21.	Rozliczenie kosztów Pobytu Beneficjenta <i>*na rozliczenie składa się faktura z ośrodka oraz rozliczenie kosztów podróży</i>	
	Podpisy członków Zarządu Fundacji	
	Podpis księgowego Fundacji	