

**OBRAZAC ZA ISKAZ INTERESA-UKLJUČIVANJE U PROJEKT**  
**“Podrška bez barijera” SF.3.4.11.04.0016**

PODACI O KORISNIKU	
IME I PREZIME:	
DATUM ROĐENJA:	
ADRESA:	
OIB:	
KONTAKT BROJ:	
PRIPADAM CILJANOJ SKUPINI ODRASLA OSOBA S INVALIDITETOM ŠTO DOKAZUJEM SLJEDEĆOM DOKUMENTACIJOM:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Preslika osobne iskaznice ili putovnice ili dokumenta jednake ili slične vrijednosti</li><li>• Potvrda o upisu u Registar osoba s invaliditetom ili Nalaz, rješenje ili mišljenje Zavoda za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom</li></ul>
ČLAN SAM:	<ul style="list-style-type: none"><li>a) Društva multiple skleroze Vukovarsko-srijemske županije</li><li>b) Tko se boji sutra još?</li><li>c) Nisam član gore navedenih udruga</li></ul>

Pod materijalnom i kaznenom odgovornosti izjavljujem i vlastoručnim potpisom potvrđujem da su podaci navedeni u ovom obrascu točni i potpuni. Sukladno UREDBI (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća o zaštiti osobnih podataka upoznat/a sam kako se moji podaci/podaci o korisniku prikupljaju i obrađuju u svrhu izrade i podnošenja projektnog prijedloga, provedbe postupka dodjele bespovratnih sredstava, sklapanja i izvršavanja ugovora o dodjeli bespovratnih sredstava, provedbe revizije postupaka odabira, postupka dodjele bespovratnih sredstava i izvršenja ugovora o dodjeli bespovratnih sredstava te u svrhu provođenja vrednovanja provedbe Programa „Učinkoviti ljudski potencijali 2021.-2027.“ i da se u druge svrhe neće koristiti.

U \_\_\_\_\_ (mjesto, datum, vrijeme)

Potpis

\_\_\_\_\_