Председателю Регионального отделения **Приморского края**

Всероссийской организации родителей детей-инвалидов

и инвалидов старше 18 лет с ментальными и иными нарушениями,

нуждающихся в представительстве своих интересов (ВОРДИ)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

о вступлении в члены

Настоящим заявлением прошу принять меня в члены ВОРДИ. Поддерживаю уставные цели и задачи деятельности, обязуюсь принимать активное участие в деятельности организации. С Уставом, Положением о региональном отделении, Положением о членских взносах ознакомлен и обязуюсь выполнять. О себе сообщаю следующие сведения:

| 1. | Фамилия |  |
| --- | --- | --- |
| 2. | Имя |  |
| 3. | Отчество |  |
| 4. | Дата рождения (полностью) |  |
| 5. | Паспортные данные (серия, номер, когда и кем выдан) |  |
| 6. | Адрес постоянной регистрации |  |
| 7. | Контактный телефон |  |
| 8. | Адрес электронной почты |  |
| 9. | Родитель ребенка с инвалидностью  или родитель/законный представитель инвалида старше 18 лет (ФИО, дата рождения ребёнка-инвалида / инвалида старше 18 лет) |  |
| 10. | Серия, номер справки МСЭ ребёнка с инвалидностью/инвалида 18+,  дата окончания инвалидности |  |
| 11. | Согласие на использование персональных данных в уставных целях и включение в реестр членов ВОРДИ, а также персональных данных моих и моего ребёнка/представляемого в целях разрешения вопросов о правах и льготах ребёнка – инвалида (инвалида старше 18лет) и его родителей/законных представителей | Даю согласие  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *подпись* |

В нескольких абзацах: чем готовы заняться в рамках деятельности ВОРДИ, ожидания от вступления в ВОРДИ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись (ФИО), дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Согласие на использование и передачу персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являюсь законным

(ФИО) (паспортные данные)

представителем (родителем, опекуном, попечителем) ребёнка (лица старше 18 лет), имеющего статус инвалида (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ФИО) (паспортные данные)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(основной диагноз)

даю согласие на использование персональных данных моих и моего ребёнка руководству РО ВОРДИ **Приморского края** для разрешения вопросов, связанных с правами и льготами ребёнка с инвалидностью / инвалида старше 18 лет и его родителей / законных представителей.

Подпись (ФИО), дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_