



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Projekt „Terapia Szansą na Samodzielność”  
współfinansowany ze środków PFRON w ramach  
konkursu pn. „Sięgamy po sukces” ( konkurs o zlecenie  
zadań w formie wsparcia nr 1/2021), ogłoszonego na  
podstawie art.11 i art.13 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003r  
o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, w  
związku z art.36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r o  
rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu  
osób niepełnosprawnych.

Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie  
„TERAPIA SZANSA NA SAMODZIELNOŚĆ”

### OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu „TERAPIA SZANSĄ NA SAMODZIELNOŚĆ”  
oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem moich danych osobowych jest „Fundacja Osób Wykluczonych „Oblicza Życia”  
09-410 Płock ul Czwartaków 4/15 woj. Mazowieckie.
2. podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt. 2 ustawy z  
dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002 r. Nr 101  
poz. 926, ze zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Projektu pt. „**TERAPIA SZANSĄ  
NA SAMODZIELNOŚĆ**” współfinansowanego przez PFRON.
3. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji  
"TERAPIA SZANSĄ NA SAMODZIELNOŚĆ", ewaluacji, kontroli, monitoringu i  
sprawozdawczości w ramach Konkursu O zlecenie realizacji zadań w ramach art.36 ustawy z  
dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób  
niepełnosprawnych.
4. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Wdrażającej ,  
beneficjentowi realizującemu projekt – Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych oraz „Fundacja Osób Wykluczonych „Oblicza Życia” realizującemu projekt
5. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem  
możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
6. mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
PODPIS

.....  
PODPIS OPIEKUNA PRAWNEGO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> W przypadku wypełnienia formularza zgłoszeniowego przez osobę niepełnoletnią lub ubezwłasnowolnioną sądowo, oświadczenie powinno zostać podpisane zarówno przez daną osobę jak również przez jej prawnego opiekuna.