



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Projekt „Klucz do Samodzielność” współfinansowany ze środków PFRON w ramach konkursu pn. „Wspieramy aktywność” (konkurs o zlecenie zadań w formie wsparcia nr 1/2024), 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 „**KLUCZ DO SAMODZIELNOŚCI**”
OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu „**KLUCZ DO SAMODZIELNOŚCI**” 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.

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. „**KLUCZ DO SAMODZIELNOŚCI**” współfinansowanego przez PFRON.

2. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji "**KLUCZ DO SAMODZIELNOŚCI**", 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.

3. 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

4. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;

5. mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
PODPIS

..... PODPIS OPIEKUNA PRAWNEGO¹

¹ 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.