

Załącznik nr 1 do formularza wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu oraz PFRON

Dane osobowe przekazane przez uczestników programu „Aktywny samorząd” do Realizatora programu tj. Powiatu choszczeńskiego - Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Choszczynie przy ul: Bolesława Chrobrego 27 A (administratora danych) oraz do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 będą przetwarzane w celu realizacji programu, finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy uczestnik programu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia przez Wnioskodawcę udziału w programie „Aktywny samorząd”.

Niniejsze oświadczenie składa pełnoletni Wnioskodawca lub osoba reprezentująca Wnioskodawcę oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz (o ile dotyczy) mojego dziecka/podopiecznego

.....
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez Realizatora programu tj. Powiatu choszczeńskiego - Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Choszczynie przy ul. Bolesława Chrobrego 27 A (administrator danych) oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, w celach związanych z realizacją programu „Aktywny samorząd”, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000).

Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....
*Data i podpis osoby składającej
oświadczenie*