

## OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

Dane osobowe przekazane przez uczestników pilotażowego programu „Aktywny samorząd” do Realizatora programu tj.: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Gdyni przy ul. Grabowo 2 (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 pilotażowym programie „Aktywny samorząd”.

Niniejsze oświadczenie składa wnioskodawca 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.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 z póź. zm.) przez realizatora programu oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie, Al. Jana Pawła II 13 w celu realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd”. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia przez Wnioskodawcę udziału w pilotażowym programie „Aktywny samorząd”. Zostałem poinformowany o prawie dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Imię i nazwisko		PESEL	
Adres zamieszkania/ zameldowania: ulica, nr domu/ mieszkania		Kod pocztowy Gdynia	
Gdynia, dnia		Czytelny podpis	

### Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 z póź. zm.) przez realizatora programu oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie, Al. Jana Pawła II 13 w celu realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd”. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia przez Wnioskodawcę udziału w pilotażowym programie „Aktywny samorząd”. Zostałem poinformowany o prawie dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Imię i nazwisko dziecka/podopiecznego		PESEL	
Adres zamieszkania/ zameldowania: ulica, nr domu/ mieszkania		Kod pocztowy Gdynia	
Gdynia, dnia		Czytelny podpis	