OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA OSTATECZNEGO PROJEKTU PN. „ASYSTENT OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisany/a:

1. Nazwisko i imię/PESEL	
2. Adres zamieszkania/ pobytu	

oświadczam, że w związku z realizacją Projektu „Asystent Osoby z Niepełnosprawnością” zleconego do realizacji przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych”, Konkursu pn. „Wspieramy aktywność” (konkurs nr 1/2024 z dnia 30-09-2024r.)

przyjmuję do wiadomości, iż Administratorem moich danych osobowych jest:

Nazwa Administratora/ Pieczęć Administratora

oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb związanych z realizacją projektu, które zostaną przekazane do systemu iPFRON+ za pośrednictwem Ewidencji Godzin Wsparcia w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji projektu oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych realizowanych przez PFRON,

Beneficjent Ostateczny ma prawo wglądu do treści swoich danych osobowych jak też ma prawo do żądania ich poprawienia lub usunięcia na zasadach określonych w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2019 poz. 1781.).

Z powyższych praw Beneficjent projektu może skorzystać występując z pisemnym wnioskiem skierowanym na adres: Fundacja Szlachetne Zdrowie ul. Biernackiego 1/26, 20-089 Lublin.

Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w Projekcie.

Podpisy:

(oświadczenie złożono w obecności przedstawiciela Fundacji)	(data, czytelny podpis Beneficjenta Ostatecznego lub opiekuna ustawowego)