

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany wyrażam zgodnie z art. 6 ust. 1 lit.a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO* wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych (w tym o moim stanie zdrowia, orzeczeniu o niepełnosprawności) przez Fundację Szlachetne Zdrowie z siedzibą w Lublinie, ul. Biernackiego 1/26, 20-089 Lublin, w celu:

1. realizacji „Zasad zlecania przez PFRON zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych fundacjom oraz organizacjom pozarządowym”;
2. przekazania do PFRON w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji projektu przez Fundację Szlachetne Zdrowie oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych realizowanych przez PFRON.
3. korzystania z usług świadczonych przez Agencję Zatrudnienia Fundacji Szlachetne Zdrowie z uwzględnieniem m.in. pośrednictwa pracy, doradztwa zawodowego, poradnictwa informacyjnego;
4. udzielenia wsparcia w ramach realizowanych przez Fundację Szlachetne Zdrowie Projektów z uwzględnieniem: rekrutacji, działań informacyjnych, monitorowania, sprawozdawczości, ewaluacji, kontroli, audytów prowadzonych w ramach Projektu i innych działań realizowanych w ramach Projektu;
5. otrzymywania za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dotyczących realizowanych przez Fundację projektów, szkoleń, kursów oraz wszelkich działań związanych ze statutową działalnością Fundacji;

Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom do realizacji celów określonych w punkcie 1, 2 i 3, w tym w szczególności instytucji finansującej/współfinansującej projekt a także przekazane firmom zewnętrznym w związku z realizacją umowy o dofinansowanie Projektu, którego jest uczestnikiem, np. firmie audytorskiej, zewnętrznej firmie szkoleniowej świadczącej usługi w ramach realizowanego przez Fundację Szlachetne Zdrowie projektu.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany o przysługującym mi prawie wglądu do treści moich danych osobowych i sprostowania, usunięcia, jak również prawo do ograniczenia ich przetwarzania.

Jestem również świadomy, iż moja zgoda może być wycofana w każdym czasie.

.....
(Data, Podpis Beneficjenta/teki)

*Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych RODO).