[](https://www.pfron.org.pl/dla-mediow/logo-funduszu/) 

Zadanie realizowane ze środków pochodzących z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych będących w dyspozycji Samorządu Województwa Warmińsko - Mazurskiego

ANKIETA REKRUTACYJNA / FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Dotyczy projektu pn. **„KREATYWNA PRZESTRZEŃ”.**

realizowanego w ramach Umowy Nr ROPS-V.614.4.19.2024 Z DNIA 25-07-2024

Dobrowolnie deklaruje udział w projekcie pt. **„KREATYWNA PRZESTRZEŃ”.** dofinansowanym ze środków PFRON będących w dyspozycji Województwa Warmińsko – Mazurskiego.

Tak

Nie

**DANE UCZESTNIKA /UCZESTNICZKI PROJEKTU**

IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO: ………………………………………………………………….….

PESEL…………………………………………………………………………………………….…..

DATA URODZENIA...……………….…………………………………………………………….…

PŁEĆ ⬜ Kobieta ⬜ Mężczyzna WIEK: …………….LAT

**ADRES ZAMIESZKANIA:**

MIEJSCOWOŚĆ …………………………………KOD POCZTOWY……………………………

OBSZAR: ⬜ Miasto ⬜ Wieś

ULICA: …………………………………………… nr budynku ……….nr lokalu……………….…..

WOJEWÓDZTWO:……………………………………………………………………………………..

POWIAT………………………………………GMINA……………………………………………….

TELEFON KONTAKTOWY…………………………………………………………………..……….

E- MAIL ……………………………………………………………………………………………..…..

JESTEM OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ I POSIADAM ORZECZENIE: TAK NIE

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI : LEKKI UMIARKOWANY ZNACZNY NIE DOTYCZY

BARTOSZYCE 01-09-2024 …………………..……………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Miejscowość, data |  | Czytelny podpis beneficjenta projektu |

………………………………………………

Imię i nazwisko

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU (RODO)**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. . **„KREATYWNA PRZESTRZEŃ”.**

realizowanego w ramach Umowy Nr ROPS-V.614.4.19.2024 Z DNIA 25-07-2024

przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest *Stowarzyszenie Integracji Osób Niepełnosprawnych SION w Bartoszycach* (dalej: Administrator).
2. Kontakt z administratorem jest możliwy pod adresem email: [sionbartoszyce@wp.pl](mailto:sionbartoszyce@wp.pl)

Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadania . **„KREATYWNA PRZESTRZEŃ”.**

realizowanego w ramach Umowy Nr ROPS-V.614.4.19.2024 Z DNIA 25-07-2024

1. w szczególności: udzielenia wsparcia, potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, monitoringu, ewaluacji, kontroli, sprawozdawczości, rozliczenia projektu, zachowania trwałości projektu, archiwizacji.
2. Administrator przetwarza następujące kategorie Pani/*Pana danych osobowych: Dane osobowe podstawowe, dane osobowe kontaktowe: adres, telefon i mail do kontaktu; oraz dane zawarte w orzeczeniu o niepełnosprawności lub dokumencie równorzędnym*.
3. Pani/Pana dane osobowe zostały pozyskane przez Administratora z ankiety rekrutacyjnej/formularza zgłoszeniowego/ orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
4. Dane osobowe mogą być udostępniane organom uprawnionym przepisami prawa do prowadzenia kontroli.
5. dane osobowe będą przechowywane przez okres: działania SION oraz będzie przechowywana dokumentacja w przedmiotowej sprawie w zakładowym archiwum, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
6. w każdym czasie przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, jak również prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
7. jeżeli uważa Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, ma Pani/Pan prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, tj. *ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r.   
   o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.*
9. Oświadczam, iż podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą na dzień wypełnienia oświadczenia.
10. Wyrażam również zgodę na nieodpłatne prawo wielokrotnego wykorzystania mojego wizerunku (wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć za pośrednictwem dowolnego medium) w celach promocyjno-informacyjnych Projektu bez roszczenia jakiegokolwiek wynagrodzenia z tego tytułu.
11. Zgoda na przetwarzanie moich danych osobowych jest dobrowolna, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia przez Stowarzyszenie.; znam swoje prawa w zakresie danych osobowych wynikające z przywołanej wyżej ustawy, w tym prawo wglądu do swoich danych i ich poprawiania. Ponadto oświadczam, iż jestem pełnoletni/a, posiadam nieograniczoną zdolność do czynności prawnych oraz zapoznałem/am się z powyższą treścią i w pełni ją rozumiem.
12. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższą treścią i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych w procesie realizacji projektu zgodnie z RODO.

Bartoszyce 01-09-2024

…………………………………… ……………………………………………..

miejscowość, dnia czytelny podpis oświadczającego / ej