

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY
NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH
WRAZ Z KLAUZULĄ INFORMACYJNĄ**

Ja, niżej podpisana(y) _____ (imię i nazwisko) niniejszym oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych uczestnika/beneficjenta programu „Rehabilitacja 25 plus” finansowanego ze środków PFRON, a także na udostępnianie ww. danych do PFRON.

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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) (Dz.Urz. UE L 119, s. 1)

zostałam(em) poinformowana (y) i przyjmuję do wiadomości, iż :

1. Administratorem moich danych osobowych oraz danych osobowych uczestnika/beneficjenta programu "Rehabilitacja 25 plus" jest Starostwo Powiatowe w Gostyninie, adres: ul. Dmowskiego 13, 09-500 Gostynin, starosta@gostynin.powiat.pl tel.: 24 236 79 81.
2. Wyznaczono Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować w sprawach przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@gostynin.powiat.pl. lub telefonicznie pod numerem: 24 236 79 87.
3. Administrator będzie przetwarzał moje dane osobowe oraz dane osobowe uczestnika/beneficjenta programu "Rehabilitacja 25 plus" na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO w celu realizacji programu "Rehabilitacja 25 plus" finansowanego ze środków PFRON.
4. Moje dane osobowe oraz dane osobowe uczestnika/beneficjenta programu "Rehabilitacja 25 plus" będą udostępniane innym podmiotom tj. Państwowemu Funduszowi Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie (PFRON) na podstawie umowy o realizację pilotażowego programu "Rehabilitacja 25 plus", a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją programu "Rehabilitacja 25 plus" tj. na rzecz Ośrodka Rewalidacyjno-Wychowawczego w Mocarzewie wchodzącego w skład Zespołu Szkół i Placówek Specjalnych w Mocarzewie z siedzibą: Mocarzewo 13, 09-540 Sanniki.
5. Moje dane oraz dane uczestnika/beneficjenta programu zostaną przekazane do PFRON w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu „Rehabilitacja 25 plus” oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
6. Administrator nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych osobowych oraz danych osobowych uczestnika/beneficjenta programu "Rehabilitacja 25 plus" do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
7. Dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa tj. ustawy z dnia 14 lipca 1983r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
8. Posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz danych uczestnika/beneficjenta programu "Rehabilitacja 25 plus" oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody sprzed jej cofnięcia oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego. /Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Stawki 2, 00- 193 Warszawa, tel.: 22 531 03 00, w przypadku gdy zachodzi poważne popęlenie naruszenia bezpieczeństwa danych osobowych, które Państwa dotyczą.
9. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji w/w celu. Konsekwencją nie podania tych danych będzie brak możliwości uczestnictwa w programie. W pozostałych przypadkach podanie danych jest dobrowolne a zgoda na ich przetwarzanie może zostać cofnięta w dowolnym momencie (pisemnie na adres Administratora lub email: iod@gostynin.powiat.pl). Cofnięcie zgody jest jednoznaczne z brakiem możliwości uczestnictwa w programie.
10. Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

.....
(data i podpis uczestnika/rodzica/opiekuna prawnego)