



Cisi Pracownicy Krzyża



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Projekt „*Na końskim grzbiecie po zdrowie - hipoterapia.*” współfinansowany ze środków PFRON w ramach konkursu 1/2018 pod nazwą „*Szansa - Rozwój-Niezależność – zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych*”

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH uczestnika Projektu realizowanego przez CPK w Głogowie oraz PFRON

Dane osobowe przekazane przez uczestników projektu „*Na końskim grzbiecie po zdrowie-hipoterapia*” realizatorowi projektu tj. Cichym Pracownikom Krzyża w Głogowie przy ul: bł. Luigiego Novarese 2 (administratora danych) oraz Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 będą przetwarzane w celu realizacji projektu, współfinansowanego 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 projektu 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 projekcie.

Imię i nazwisko uczestnika

Adres: miasto, kod, ulica nr

.....
Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez realizatora projektu tj. Cichych Pracowników Krzyża w Głogowie przy ul. bł. Luigiego Novarese 2 (administrator danych) oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, w celach związanych z realizacją projektu „*Na końskim grzbiecie po zdrowie-hipoterapia*”
Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. Rozporządzenia 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 Ustawa o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r.).

Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania. Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z klauzulą informacyjną.

.....
miejsowość i data

.....
podpis

.....
podpis opiekuna prawnego