

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY
NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH PRZEZ PCPR ORAZ PFRON**

Dane osobowe przekazane przez uczestników pilotażowego programu „Aktywny samorząd” do Realizatora programu tj. Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Kraśniku przy ul. Grunwaldzkiej 6 (administratora danych) oraz do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 będą przetwarzane w celu realizacji programu, finansowanego 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 programu 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 pilotażowym programie „Aktywny samorząd”.

Niniejsze oświadczenie składa **Wnioskodawca** oraz **dotatkowo i odrębnie – inne pełnoletnie osoby** posiadające zdolność do czynności prawnych, **których dane osobowe zostały przekazane PCPR w Kraśniku przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.**

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (*o ile dotyczy-niepotrzebne skreślić*):

.....
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez Realizatora programu tj. PCPR z siedzibą w Kraśniku przy ul. Grunwaldzkiej 6 (administrator danych) oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, w celach związanych z realizacją pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz.U. z 2016r., poz. 922 z póź zm.).

Zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....
Data

.....
Podpis osoby składającej oświadczenie