1. **OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Dane osobowe przekazane przez beneficjentów ostatecznych zadania, realizowanego w ramach art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.), do Fundacji Pomocy Wsparcia i Rozwoju – Tu i Teraz ul. Zaciszna 9, 16-010 Nowodworce (administratora danych) oraz do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 będą przetwarzane w celu realizacji zadania pn. : Prowadzenie rehabilitacji osób niepełnosprawnych w różnych typach placówek - „Prowadzenie rehabilitacji w placówce (rehabilitacja ciągła)”. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy beneficjent ostateczny zadania 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 udziału w zadaniu realizowanym zgodnie z „Zasadami wspierania realizacji zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych, zlecanych organizacjom pozarządowym przez PFRON”.

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz wizerunku przez Fundację Pomocy Wsparcia i Rozwoju – Tu i Teraz ul Zaciszna 9, 16-010 Nowodworce (administrator danych), oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 w celach związanych z realizacją zadania: Prowadzenie rehabilitacji osób niepełnosprawnych w różnych typach placówek - „prowadzenie rehabilitacji w placówce (rehabilitacja ciągła)”, na podstawie ustawy z dnia 24 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.). Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

*(czytelny podpis pełnoletniego beneficjenta lub opiekuna)* ………………………………………………………….

1. **OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA/OPIEKUNA**

1. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), że Projekt pn.: **„POPATRZ JESTEM!”** jest współfinansowany ze środków PFRON i że udział w nim w charakterze beneficjenta jest bezpłatny na podstawie posiadanego ważnego orzeczenia o niepełnosprawności.

2. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z regulaminem rekrutacji do projektu i go akceptuję.

3. Oświadczam że zapoznałem/am się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia (ubezpieczenie pobytu zapewnia organizator).

4. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o miejscu odbywania się zajęć, o założonych celach i spodziewanych efektach oddziaływania Projektu, oraz że nie jestem równocześnie objęty(a) wsparciem w ramach innych projektów dofinansowanych przez PFRON, których cele zakładają osiągnięcie takich samych efektów, poprzez udział w zajęciach: Integralna terapia zmysłowa dźwiękiem, Trening aktywnego uczestnictwa i społecznego zaangażowania, Terapia funkcjonalna, Warsztaty rozwijające aktywność i kompetencje społeczne

5. Oświadczam że nie ma przeciwwskazań do uczestnictwa w wyżej wymienionych zajęciach.

6. Niniejszym zobowiązuję się do systematycznego uczestnictwa/uczestnictwa mojego dziecka i aktywnego udziału w przewidzianych w ramach Projektu zajęciach, oraz w badaniach diagnostycznych. Zobowiązuję się do udzielenia niezbędnych informacji dla celów monitoringu i ewaluacji. Jednocześnie oświadczam że będę ponosić pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo w drodze do miejsca i z miejsca odbywania się zajęć.

7. W związku ze zgłoszeniem się do udziału/udziału mojego podopiecznego w Projekcie, oświadczam że podałem(am) wszystkie znane mi informacje, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie trwania zajęć i że wszystkie przedstawione przeze mnie dane są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu.

8. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności prawnej, jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.

9. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wszelkich niezbędnych zabiegów lub operacji w stanach zagrażających życiu lub zdrowiu mojemu/mojego podopiecznego.

10. Zobowiązuję się pokryć wszelkie koszty za ewentualne szkody materialne, które wyrządzę ja/mój podopieczny, w czasie i miejscu realizacji zajęć.

**III. KLAUZULA RODO**

Zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych oraz art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016), informujemy że:

-Administratorem Pani/Pana/Podopiecznego danych osobowych jest Fundacja Pomocy Wsparcia i Rozwoju – Tu i Teraz reprezentowane przez Prezesa zarządu (zwanego dalej jako "Administrator"). Administrator przetwarza Dane Osobowe na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych z umów oraz na podstawie udzielonej zgody.

-Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana/Podopiecznego danych osobowych w zakresie działania Fundacji – Tu i Teraz, a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować z Prezesem zarządu Fundacji – Tu i Teraz fundacja.tut@gmail.com 668195190 - Pani/Pana/Podopiecznego dane osobowe przetwarzane będą w celu udzielenia Pani/Panu/Podopiecznemu wsparcia w ramach projektu dofinansowanego ze środków PFRON - udokumentowaniu uczestnictwa w projekcie (łącznie z utrwalaniem i przetwarzaniem wizerunku foto/wideo, ze swobodą w sposobie i zakresie eksploatacji utrwalonego materiału, z możliwością łączenia materiału różnych twórców, wraz z przeniesieniem prawa autorskiego na Fundację – Tu i Teraz w ramach projektu. Przetwarzanie danych w celu i na potrzeby zawarcia i wykonywania umów o uczestnictwie w projekcie w tym Państwa dane zostaną przekazane do PFRON za pośrednictwem aplikacji EGW w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji projektu. Odbiorcami Pani/Pana/Podopiecznego danych osobowych będą wyłącznie podmioty i osoby uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa/warunków realizacji niniejszego projektu, osoby upoważnione przez Administratora do przetwarzania danych w ramach wykonywania swoich obowiązków służbowych. Pani/Pana/Podopiecznego dane osobowe przechowywane będą przez okres wynikający z obowiązujących przepisów, aktualnie: 5 lat od zakończenia projektu/programu.

-Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, żądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych. Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, przy czym cofnięcie zgody na przetwarzanie i wykorzystanie danych dla potrzeb realizacji projektu jest równoznaczne z rezygnacją z uczestnictwa w projekcie. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pani/Pana zgody przed jej wycofaniem. Zgodę może Pani/Pan wycofać poprzez wysłanie oświadczenia o wycofaniu zgody na nasz adres korespondencyjny. Podanie danych osobowych jest niezbędne do zawarcia i wykonywania umowy o uczestnictwie w projekcie, w zakresie wynikającym z przepisów prawa, wymogów Instytucji wdrażającej/zarządzającej. Podanie innych danych niż wynikających z przepisów jest dobrowolne.

-Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, zajmującego się ochroną danych osobowych.

……………………………… …………………………………………………..…………………….

(*podpis organizatora)*  *(czytelny podpis pełnoletniego beneficjenta lub opiekuna)*