





## OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA OSTATECZNEGO ZADANIA

o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Dane osobowe przekazane przez osoby beneficjenta ostatecznego 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 2008 r. Nr 14, poz. 92 z późn. zm.), do **Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego Oddział w Koninie ul. Noskowskiego 1A, 62-510 Konin** oraz **Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie (Al. Jana Pawła II 13)**. 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 uczestnictwa w zadaniu.

---

.....  
(imię i nazwisko beneficjenta ostatecznego zadania)

.....  
(PESEL)

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

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez **Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział w Koninie ul. Noskowskiego 1A, 62-510 Konin** oraz **Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie (Al. Jana Pawła II 13)**, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.). Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....  
data i podpis beneficjenta ostatecznego zadania



## OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA OSTATECZNEGO ZADANIA

o wyrażeniu zgody na upublicznianie wizerunku

Wyrażam\*  Nie wyrażam\* zgodę na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku przez **Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział w Koninie 62-510 Konin, ul. Noskowskiego 1A** w całości i fragmentach, zgodnie z art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2006 r. Nr 90, poz. 631, z późn. zm.) na cele projektu: *Warsztaty kulturalne. Twórcza i turystyczna aktywność osób niepełnosprawnych.*

.....  
(imię i nazwisko beneficjenta ostatecznego zadania)

.....  
(PESEL)

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

.....  
data i podpis beneficjenta ostatecznego zadania



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział w Koninie z siedzibą w Koninie  
ul. Noskowskiego 1A, 62-510 Konin KRS 0000051385

Klauzula informacyjna z art.13 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO).

Informujemy, że:

administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział w Koninie z siedzibą w Koninie ul. Noskowskiego 1A, 62-510 Konin, e-mail: konin@ptsr.org.pl oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie Al.Jana Pawła II nr 13 zwanymi dalej Administratorami.

1. Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych:
  - imię i nazwisko
  - PESEL
  - adres zamieszkania
  - data i miejsce urodzenia
  - nr dowodu osobistego
  - wykształcenie
  - telefon
  - orzeczenie o niepełnosprawności
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą zgodnie z przesłankami art. 9 ust. 2 lit. b, c, g RODO, mogą być przekazywane podmiotom i osobom zaangażowanym w realizację zadania publicznego pn: „ *Warsztaty kulturalne. Twórcza i turystyczna aktywność osób niepełnosprawnych*” realizowanego w terminie od 01.04.2019 r. do 31.12.2019 r. finansowanego ze środków PFRON wykonującym obowiązki kontrolne, a także organom władzy publicznej a w szczególności: upoważnionym pracownikom administratora i podmiotu przetwarzającego, podmiotom zajmującym się audytem, kontrolą, monitoringiem i sprawozdawczością.
3. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych zgodnie z art. 6 ust.1 lit. b, c, RODO jest umowa nr ZZO/000245/15/D z dnia 16.04.2019 r.
4. Podane przez Pana/Panią dane osobowe są przetwarzane w celu zawarcia i realizacji umowy o dofinansowanie projektu oraz prowadzenia związanych z tym postępowań regulowanych przepisami prawa.
5. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim ani do państwa trzeciego.
6. Posiada Pani/Pan prawo do:
  - dostępu do Pani/Pana danych osobowych,
  - sprostowania Pani/Pana danych osobowych,
  - usunięcia Pani/Pana danych osobowych, ale tylko w sytuacji gdy przetwarzanie danych osobowych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub ww ramach sprawowania władzy publicznej,
  - ograniczenia przetwarzania Pani/Pana danych osobowych, gdy dane osobowe podlegałyby zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.



7. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji w tym profilowaniu.
8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat, licząc od początku roku następującego po roku zakończenia realizacji projektu, udzielanie pomocy publicznej, jak również dochodzenie roszczeń oraz okres wymagany przepisami o archiwizacji dokumentów.
9. Przysługuje Pani/Panu wniesienia skargi do organu nadzorczego, czyli do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych .
10. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest:
  - a/ wymogiem ustawowym, gdy przetwarzanie danych osobowych następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej,
  - b/ wymogiem umownym lub warunkiem zawarcia umowy.

**Konsekwencją niepodania danych osobowych może być brak możliwości realizacji umowy o dofinansowanie projektu.**

.....  
(miejsowość)

.....  
(data)

.....  
(podpis czytelny)