



Załącznik Nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Akademia Samodzielności”

**Oświadczenie beneficjenta ostatecznego zadania pn.: „Akademia Samodzielności”
o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych
przez Polski Związek Niewidomych Okręg Lubelski oraz PFRON**

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 zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2008 r. Nr 14, poz. 92 z późn. zm.), do Polskiego Związku Niewidomych Okręgu Lubelskiego z siedzibą w Lublinie przy Al. Józefa Piłsudskiego 17 oraz do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 (administratora danych) będą przetwarzane w celu realizacji „Zasad zlecenia przez PFRON zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych fundacjom oraz organizacjom pozarządowym”. 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 zlecenia przez PFRON zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych fundacjom oraz organizacjom pozarządowym”.

..... PESEL:
imię i nazwisko Beneficjenta ostatecznego zadania

.....
adres Beneficjenta ostatecznego zadania: nr kodu, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Polski Związek Niewidomych Okręg Lubelski z siedzibą w Lublinie przy Al. Józefa Piłsudskiego 17 oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II 13 (administrator danych) w celach związanych z realizacją „Zasad zlecenia przez PFRON zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych fundacjom oraz organizacjom pozarządowym”, 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

.....
podpis Beneficjenta ostatecznego zadania

.....
*podpis opiekuna prawnego**

* W przypadku wypełnienia oświadczenia przez osobę niepełnoletnią lub ubezwłasnowolnioną, oświadczenie powinno zostać podpisane zarówno przez daną osobę (o ile potrafi posługiwać się piśmem pisanym) jak również przez jej prawnego opiekuna