

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych  
przez Realizatora programu**

Dane osobowe w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” do:

- Realizatora Programu tj. Powiat Gryficki - Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gryficach przy ul. Dworcowej 22. ( Klauzula informacyjna stanowi Załącznik nr 2)
- Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedziba w Warszawie przy ul. Jana Pawła II, 00-828 Warszawa. (klauzula informacyjna znajduje się na stronie [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) )

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, 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 dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu 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. Powiat Gryficki - Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Gryficach przy ul. Dworcowej 22 (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 Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO. oraz Ustawy 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.

.....  
*Data i podpis osoby składającej oświadczenie*