opolskie stowarzyszenie rehabilitacji

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „Zadbaj o swoje zdrowie! Idź Po MOC!”

Imię:	
Nazwisko:	
Wiek:	
Adres zamieszkania (ulica, kod pocztowy, miejscowość):	
Powiat:	
Telefon:	
E-mail:	
Czy osoba, nad którą sprawujesz opiekę, posiada aktualne orzeczenie o niepełnosprawności?	□ Nie □ Tak □ Data ważności orzeczenia: od ……..…... do ……..…… □ Numer orzeczenia o niepełnosprawności: ……
Udział w projekcie jest równoznaczny z udziałem w:	▪ Warsztatach psychoedukacyjnych ▪ Warsztatach relaksacyjno-ruchowych

Oświadczam, że zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE L 119, s.1) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu rekrutacji i realizacji projektu, publikowania na stronie internetowej Stowarzyszenia oraz w mediach społecznościowych Stowarzyszenia.

Administratorem danych osobowych jest Opolskie Stowarzyszenie Rehabilitacji z siedzibą w Opolu, ul. Szałwiowa 3/8, 45-470 Opole. Możesz skontaktować się z Administratorem telefonując pod numer: 77 556 03 35. Zostałem/am poinformowany/a, iż zgoda na przetwarzanie moich danych osobowych jest dobrowolna, a także o przysługującym mi prawie dostępu do moich danych osobowych i ich poprawiania jak również możliwości odwołania zgody na przetwarzanie.

Zostałem/am poinformowany/a, iż moje dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w zakresie związanym z realizacją powyższych celów, nie są udostępniane innym odbiorcom oprócz podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa. Administrator nie zamierza przekazywać moich danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.

Zostałem/am poinformowany/a, iż moje dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, tj. przez okres niezbędny do trwania projektu, a po tym okresie dla celów i przez czas oraz w zakresie wymaganym przez przepisy prawa lub dla zabezpieczenia ewentualnych roszczeń, lub do czasu cofnięcia udzielonej zgody. W związku z przetwarzaniem moich danych osobowych przez Administratora przysługuje mi prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego. Przekazanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, dotyczy każdego uczestnika projektu, wobec którego realizujemy ww. cele. W oparciu o moje dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec mnie zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

Opole, dn. ……

……

podpis uczestnika projektu

Załącznik:

□ aktualne orzeczenie o niepełnosprawności osoby, nad którą zgłaszający sprawuje opiekę