

## OŚWIADCZENIE ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU

### JESTEM SAMODZIELNY III

Dane osobowe przekazane przez uczestników projektu realizowanego w ramach art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz o zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 z późn. zm), do Polskiego Towarzystwa Walki z Mukowiscydozą Oddział w Gdańsku, ul. Polanki 119, 80-308 Gdańsk oraz Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 (administratora danych) będą przetwarzane w celu realizacji „Zasad wspierania realizacji zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych, zleczanych fundacjom oraz organizacjom pozarządowym przez PFRON”. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy uczestnik projektu 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, zleczanych fundacjom oraz organizacjom pozarządowym przez PFRON”.

.....  
( imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego uczestnika projektu )

.....  
( adres rodzica/opiekuna prawnego uczestnika projektu:  
miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania )

.....  
PESEL rodzica/opiekuna prawnego uczestnika projektu

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich oraz mojego dziecka danych osobowych przez Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą Oddział w Gdańsku, ul. Polanki 119, 80-308 Gdańsk oraz PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 (administrator danych) w celach związanych z realizacją „Zasad wspierania realizacji zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych, zleczanych fundacjom oraz organizacjom pozarządowym przez PFRON”. zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U. z 2016 r. poz. 922). Zostałem (am) poinformowany (a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....  
( data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego uczestnika projektu )