



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „Akademia samodzielności”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

Beneficjent	Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Iławie
Tytuł projektu	AKADEMIA SAMODZIELNOŚCI
Nr wniosku o dofinansowanie	RPWM.11.02.03.-28-0014/18
Oś Priorytetowa	RPWM 11.00.00 Włączenie społeczne
Działanie	Ułatwienie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym
Poddziałanie	Ułatwienie dostępu do usług społecznych, w tym integracja ze środowiskiem lokalnym - projekty konkursowe
Zgłaszam chęć udziału w projekcie. Proszę o kontakt:	
Nazwisko	
Imię	
Adres zamieszkania /ulica, kod pocztowy/	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	

Informacje i zgłoszenia prosimy kierować do **Biura Projektu**:

PSONI Koło w Iławie, Pokój nr 101
ul. Wiejska 2 D, 14-200 Iława
Tel. 500 292 014 E-mail: biuro.as@psoni.ilawa.pl

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach niezbędnych do wykonywania zadań związanych z naborem do projektu „Akademia samodzielności”. Oświadczam również, że zapoznałem/-am się i akceptuję klauzulę informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych, która znajduje się poniżej.

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z obowiązkiem nałożonym w art.13 Rozporządzenia 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 (RODO), poniżej przekazujemy informacje dotyczące przetwarzania Pani/Pana danych osobowych:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych w odniesieniu do zbioru pn. „Regionalny Program Operacyjny Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020” jest Województwo Warmińsko-Mazurskie reprezentowane przez Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego z siedzibą w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie przy ul. Emilii Plater 1, 10-562 Olsztyn, będący Instytucją Zarządzającą Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 (dalej: Instytucja Zarządzająca).

Dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt pn. Akademia samodzielności” - **Polskiemu Stowarzyszeniu na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Iławie**, 14-200 Iława, ul. Wiejska 2D.

Instytucja Zarządzająca powołała Inspektora Ochrony Danych, z którym kontakt jest możliwy pod adresem email: iod@warmia.mazury.pl.

Dane osobowe przetwarzane będą w celach niezbędnych do wykonywania zadań związanych z naborem do projektu „Akademia samodzielności”, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g ww. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE).

Dane osobowe, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, są udostępniane uprawnionym podmiotom i instytucjom, w tym Ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego. Dane osobowe mogą zostać powierzone lub udostępnione także specjalistycznym podmiotom realizującym badania ewaluacyjne, kontrole, i audyt w ramach RPO WiM 2014-2020, w szczególności na zlecenie Instytucji Zarządzającej RPO WiM.

Dane osobowe będą przechowywane do czasu akceptacji sprawozdania końcowego z realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 przez Komisję Europejską.

Osoba której dane dotyczą ma prawo do:

- dostępu do treści swoich danych, jak również prawo żądania ich sprostowania. Natomiast prawo do usunięcia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do sprzeciwu, przysługuje w przypadkach i na zasadach określonych odpowiednio w art. 17-22 RODO;
- wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa) w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego Rozporządzenia.

Oświadczam, iż jestem¹:

Osobą małoletnią (poniżej 18 r.ż.) TAK NIE

Osobą ubezwłasnowolnioną TAK NIE

DATA	PODPIS UCZESTNIKA
IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA PROJEKTU - OSOBY SKŁADAJĄCEJ OŚWIADCZENIE WOLI	PODPIS NIEMOŻLIWY ² - TUSZOWY ODCISK PALCA UCZESTNIKA PROJEKTU (osoby składającej oświadczenie woli)
Podpis osoby poświadczającej złożenie odcisku przez Uczestnika	

¹ W przypadku zgłoszenia osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

² Na podstawie art. 79 k.c. osoby nie mogące pisać mogą złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej poprzez:

1) uczynienie na dokumencie tuszowego odcisku palca, pod warunkiem, że obok tego odcisku inna osoba wypisze imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie oraz jednocześnie umieści swój podpis,

2) bądź też w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się inna osoba, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

W pierwszym przypadku, osoba wypisująca imię i nazwisko osoby, która wyraża oświadczenie woli powinna, rzecz jasna być obecna co najmniej w momencie składania tuszowego odcisku palca na dokumencie. W drugim, podpis składa inna osoba, a jej podpis zostaje następnie poświadczony przez notariusza albo przez wskazany organ którejkolwiek jednostki samorządu terytorialnego. Zarówno osoba, której podpis widnieje na dokumencie, jak i podmiot poświadczający podpis tej osoby powinny być obecne przy składaniu oświadczenia woli przez zainteresowanego.