

## **OŚWIADCZENIE OSOBY PEŁNIĄCEJ FUNKCJĘ OPIEKUNA NA TURNUSIE REHABILITACYJNYM:**

Imię i nazwisko.....Data urodzenia.....

Miejsce zamieszkania:

wieś                       miasto

Jako opiekun osoby niepełnosprawnej ....., w czasie jej uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, oświadczam, że:

- I. Będę / Nie będę pełnił/a funkcji członka kadry na turnusie rehabilitacyjnym. \*
- II. Jestem / nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby. \*
- III. Jestem / nie jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.\*
- IV. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą, oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

\* niepotrzebne skreślić

### V. KLAUZULA INFORMACYJNA OBOWIĄZUJĄCA W POWIATOWYM CENTRUM POMOCY RODZINIE W STRZYŻOWIE

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.5.2016r.), informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Strzyżowie, mające swoją siedzibę przy ul. Parkowa 7, 38-100 Strzyżów (nr telefonu kontaktowego: (17) 22-11-440, fax. (17) 27-61-040, adres poczty elektronicznej email: [pcpr@strzyzow.un.pl](mailto:pcpr@strzyzow.un.pl), Inspektor Ochrony Danych - [iod@pcprstrzyzow.pl](mailto:iod@pcprstrzyzow.pl));
2. Pozyskane dane osobowe przetwarzane będą na podstawie przepisów prawa wynikającego z art. 6 ust.1 lit c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO – (tj. rozpatrywania wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym - na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz przepisów wykonawczych do ww. ustawy);
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (tj. realizacji zadań wynikających z zakresu działalności instytucji);
4. Podanie danych osobowych do spełnienia w/w celu jest wymagane, ponieważ wynika z przepisów prawa, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wszczęcia postępowania administracyjnego i realizacji ustawowych zadań ciążących na administratorze;

5. Pani/Pana dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, wynikające z przepisów prawa zawartych w Jednolitym Rzecзовym Wykazie Akt obowiązującym w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Strzyżowie, przez okres wymagany w związku z kategorią archiwalną. Ponadto okres przechowywania może się wydłużyć np. z uwagi na sytuację dochodzenia roszczeń;
6. Administrator może przekazać Pani/Pana dane innym odbiorcom. Odbiorcą danych mogą być podmioty uzyskujące dostęp do Pani/Pana danych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa;
7. Administrator nie przekazuje Pani/Pana danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych w rozumieniu RODO;
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, przenoszenia i usunięcia, a także prawo do ograniczenia przetwarzania danych lub do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, jeżeli nie jest to ograniczone poprzez inne przepisy prawne;
9. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (tj. *Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych*), gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
10. W oparciu o Pani/Pana dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Pani/Pana zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

**Podanie przez Panią/Pana swoich danych osobowych jest dobrowolne, jednakże w przypadku nie udzielenia zgody na ich przetwarzanie nie będzie mogła/mógł Pani/Pan realizować swoich praw wynikających z trybu postępowania przy rozpatrywaniu wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.**

**Oświadczam, że zrozumiałem wszystkie informacje wyżej podane i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w treści niniejszego wniosku oraz w zakresie niezbędnych potrzeb wynikających z trybu postępowania przy rozpatrywaniu wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.**

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis