

Imię i nazwisko beneficjenta/tki
.....

**O WIADCZENIE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU
O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. **„Czas na pracę”** współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

Oświadczam, i przyjmuję do wiadomości, że:

- administratorem tak zebranych danych osobowych jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu, ewaluacji, monitoringu, kontroli i sprawozdawczości w ramach Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu, ewaluacji, monitoringu, kontroli i sprawozdawczości w ramach Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu,
- mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis uczestnika projektu

.....
(Czytelny podpis rodzica/opiekuna
prawnego/przedstawiciela ustawowego*)

* dotyczy osób niepełnoletnich lub ubezwłasnowolnionych