

OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA OSTATECZNEGO PROJEKTU:
„ARTYSTYCZNE DUSZE – LUDZIE Z PASJĄ – 2”

Ja, niżej podpisany(a)

.....
(Imię i nazwisko beneficjenta)

oświadczam, że jestem osobą chorującą na stwardnienie rozsiane.

.....
MIEJSCOWOŚĆ, DATA

PODPIS

Zgoda na upublicznienie mojego wizerunku w materiałach promocyjnych dotyczących projektu „ARTYSTYCZNE DUSZE - LUDZIE Z PASJĄ- 2” w tym na stronie internetowej PTSR OW.

wyrażam zgodę

nie wyrażam zgody

.....
MIEJSCOWOŚĆ, DATA

.....
PODPIS



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego
Oddział Warszawski
00-466 Warszawa, ul. Nowosielecka 12
Tel./fax: 22 831 00 76

**Oświadczenie BENEFICJENTA PROJEKTU „ARTYSTYCZNE DUSZE – LUDZIE Z PASJĄ – 2”
o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego
Oddział Warszawski oraz PFRON**

Dane osobowe przekazane przez wolontariuszy uczestniczących w zadaniu, realizowanym w ramach art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2008 r. Nr 14, poz. 92 z późn. zm.), do Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego Oddział Warszawski, z siedzibą w Warszawie, ul. Nowosieleckiej 12 oraz do 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 organizacjom pozarządowym przez PFRON”. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Beneficjent biorący udział w zadaniu 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 organizacjom pozarządowym przez PFRON”.

.....
imię i nazwisko BENEFICJENTA

.....
PESEL

.....
adres BENEFICJENTA

.....
TELEFON

.....
ADRES MAIL

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział Warszawski, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Nowosieleckiej 12 oraz przez 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 organizacjom pozarządowym przez PFRON”, zgodnie z art. 2 i 3 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dn. 27 kwietnia 2016 r. w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE D 119 z 4.05.2016, str. 1), zwanego dalej „rozporządzeniem 2016/679”.

.....
data i CZYTELNY podpis Beneficjenta