

## Deklaracja uczestnictwa w projekcie

Ja, niżej podpisany/podpisana .....

PESEL .....

Oświadczam, że:

1. Jestem świadomy/-a odpowiedzialności za składanie informacji niezgodnych z prawdą i przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje.
2. Dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym, w tym wszystkie udzielone informacje, są zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem/-am się z postanowieniami Regulaminu uczestnictwa w projekcie „Lokalni praktycy praw osób z niepełnosprawnościami na Mazowszu” i akceptuję jego postanowienia, spełniam kryteria uczestnictwa określone w nim i w przypadku zakwalifikowania się do udziału w Projekcie zobowiązuję się do ich bezwzględnego przestrzegania.
4. Zapoznałem/-am się z postanowieniami Polityki Ochrony Danych Osobowych Organizatora oraz została mi przedstawiona Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych Organizatora.
5. Zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Organizatora.
6. Zostałem/-am poinformowany/-a o dofinansowaniu projektu pn. "Lokalni praktycy praw osób z niepełnosprawnościami na Mazowszu" ze środków Samorządu Województwa Mazowieckiego.

.....

*Miejscowość i data*

.....

*Podpis Uczestnika/czki*

## Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L z 04.05.2016 r., Nr 119, s. 1 oraz Dz. Urz. UE L z 23.05.2018, Nr 127, s. 2), zwane dalej w skrócie „RODO”.

Pani/Pan

.....

*Podpis Uczestnika/czki*

Przyjmuje do wiadomości, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Polskie Forum Osób z Niepełnosprawnościami, z siedzibą w Warszawie przy ul. Białostockiej 4/2, 03-741 Warszawa, mail: [biuro@pfon.org](mailto:biuro@pfon.org), tel. 22 299 18 62 oraz Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, dane kontaktowe: Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, ul. Grzybowska 80/82, 00-844 Warszawa, tel. 22 376 85 00, e- mail: [mcps@mcps.com.pl](mailto:mcps@mcps.com.pl).
2. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest również Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, dane kontaktowe: Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, ul. Grzybowska 80/82, 00-844 Warszawa, tel. 22 376 85 00, e-mail: [mcps@mcps.com.pl](mailto:mcps@mcps.com.pl) oraz Polskie Forum Osób z Niepełnosprawnościami prowadzą operacje przetwarzania Pana/Pani danych osobowych.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadania publicznego pn. „Lokalni praktycy praw osób z niepełnosprawnościami” dofinansowanego ze środków Samorządu Województwa Mazowieckiego. Niezbędność przetwarzania danych osobowych wynika z przepisów prawa: Art. 6 ust 1 lit c) oraz art. 9 ust. 2 lit. b) oraz h) RODO, a także art. 14 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (dz. u. z 2019 r. poz. 688 ze zm.).
4. Pana/Pani dane osobowe mogą zostać powierzone/udostępnione:
  - podmiotom działającym na zlecenie Polskiego Forum Osób z Niepełnosprawnościami w związku z realizacją Projektu, na podstawie udzielonego upoważnienia do przetwarzania danych osobowych zawartego w umowie o świadczenie danych usług,

- dane osobowe mogą być przetwarzane przez uprawnionych pracowników Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej,
  - podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej,
  - dane osobowe mogą zostać ujawnione podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, tj. organom kontrolnym i nadzorczym, np. Najwyższej Izbie Kontroli, Regionalnej Izbie Obrachunkowej, sądom, organom ścigania i innym właściwym podmiotom.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres archiwizacji dokumentacji wynoszący 10 lat, zgodnie z kategorią archiwalną określoną w jednolitym rzeczowym wykazie akt organów samorządu województwa i urzędów marszałkowskich stanowiących załącznik nr 4 do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji archiwów zakładowych z dnia 18 stycznia 2011 r. (Dz. U. z 2011 r., Nr 14, poz. 67).
  6. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
  7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (\*jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
  8. Skontaktować się z Polskim Forum Osób z Niepełnosprawnościami można wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: [blazej.borawski@pfon.org](mailto:blazej.borawski@pfon.org).
  9. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do UODO, 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. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.
  11. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

.....  
*Data i czytelny podpis potwierdzający zapoznanie się z Klauzulą informacyjną*

## Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w ramach realizacji zadania publicznego pn. „Lokalni praktycy praw osób z niepełnosprawnościami na Mazowszu” dofinansowanego ze środków Samorządu Województwa Mazowieckiego. Tym samym wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych do celów niezbędnych przy realizacji projektu oraz na potrzeby monitoringu, sprawozdawczości i kontroli i ewaluacji w ramach realizowanego projektu prowadzonych przez Polskie Forum Osób z Niepełnosprawnościami, Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej oraz podmioty przez nie upoważnione. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.

.....  
*Miejscowość i data*

.....  
*Podpis Uczestnika/czki*