

Załącz. 4

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

„Czas na staż – program aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami. Edycja 3_2”.

NR UMOWY STA/000009/BF/D z dnia 05.03.2025 r.

Zgodnie z 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO” oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000)

Informujemy, że:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Fundacja Sustinae z siedzibą przy ul. Szlak 65, 31-153 Kraków, wpisana do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, Fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej KRS pod nr 0000426103, NIP: 6762457416, REGON: 122610942.
- Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Projektu pn. „Czas na staż – program aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami. Edycja 3_2”. Nr umowy: STA/00009/BF/D finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu pn. „Czas na staż – program aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami. Edycja 3_2” nr umowy:

STA/00009/BF/D, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych.

- Podanie danych osobowych poprzez uzupełnienie ankiety rekrutacyjnej wraz z załącznikami jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w wyżej wymienionym Projekcie.
- Projekt jest finansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i Pani/Pana dane są udostępniane temu Funduszowi w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji wyżej wymienionego Projektu.
- Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione organom upoważnionym zgodnie z obowiązującym prawem.
- Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
- Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Projektu oraz zakończenia okresu archiwizowania dokumentacji.
- Ma Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia* lub ograniczenia przetwarzania. Skorzystanie z uprawnień przysługujących w stosunku do Administratora może zostać wykonane poprzez złożenie odpowiedniego oświadczenia bezpośrednio lub na adres Administratora lub wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej kontakt@fundacjasustinae.org. Ponadto, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Oświadczam:

1. Oświadczam, że podane przeze mnie dane osobowe są zgodne z prawdą.

Oświadczam, że akceptuję przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych na zasadach określonych 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO” oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000) dla celów związanych z udzieleniem wsparcia prowadzonego przez Fundację Sustinae w ramach Projektu pn. „Czas na staż – program aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami. Edycja 3_2” nr umowy: STA/00009/BF/D finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis Uczestnika

** zgodnie z art. 17 RODO*