Klauzula informacyjna

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 (*4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL)*

**informuję, że**:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom Niepełnosprawnym ,,Krok za krokiem” w Zamościu, tel: 846271438, email: biuro@spdn.pl oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) z siedzibą w Warszawie, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Stowarzyszeniu Pomocy Dzieciom Niepełnosprawnym ,,Krok za krokiem” w Zamościu jest możliwy pod numerem tel. nr. 600036556 lub adresem email: [iodokzk@gmail.com](mailto:iodokzk@gmail.com)

Pani/Pana dane osobowe będą zbierane i przetwarzane na potrzeby uczestnictwa Pani/Pana w realizowanym przez Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom Niepełnosprawnym „Krok za krokiem” w Zamościu projekcie pn.: „CAN 2-kolejny krok do niezależności i aktywności” dofinansowanym ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON).

Pana/i dane osobowe zostaną przekazane do PFRON w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji projektu przez Zleceniobiorcę oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych realizowanych przez PFRON. Dane osobowe mogą zostać powierzone podmiotom realizującym działania ewaluacyjne lub kontrolne i audyt na zlecenie PFRON.

1. Pani/Pana dane osobowe w tym szczególne kategorie danych osobowych będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. aogólnego rozporządzenie j/w o ochronie danych – czyli wyrażonej przez Państwa zgody.
2. Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia udziału w Projekcie realizowanym zgodnie z „Zasadami zlecania przez PFRON zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych fundacjom oraz organizacjom pozarządowym”.
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie odrębnych przepisów prawa oraz upoważnieni pracownicy Administratora, dostawcy usług technicznych i organizacyjnych oraz podmioty, którym Administrator powierzył przetwarzanie danych osobowych – z zachowaniem wszelkich gwarancji zapewniających bezpieczeństwo przekazywanych danych.
4. Zgromadzone dane będą przekazywane do PFRON w celu rozliczenia w/w Projektu. Zgromadzone dane będą przekazywane do PFRON za pośrednictwem m.in. Ewidencji Godzin Wsparcia (iPFRON+) w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji Projektu przez Stowarzyszenie oraz w celach sprawozdawczych i ewaluacyjnych realizowanych przez PFRON.
5. Dane osobowe Pani/Pana będą przechowywane przez okres realizacji Projektu oraz 5 lat licząc od początku roku następującego po roku zakończenia realizacji projektu. Dane przetwarzane w celu dochodzenia roszczeń (np. w postępowaniach sądowych) będą przechowywane przez okres przedawnienia roszczeń, wynikający z przepisów prawa.
6. Po zakończeniu przetwarzania danych osobowych w pierwotnym celu, dane nie będą przetwarzane w innym celu.
7. Posiadają Państwo prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych (adekwatnie i zgodnie z zapisami Rozporządzenia).
8. Przysługuje Państwu prawo cofnięcia zgody na przetwarzanie danych w dowolnym momencie, co nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Przysługuje Państwu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych.
10. Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym profilowany.

Imię i nazwisko Beneficjenta ……………………………………………………………………………

Imię i nazwisko Rodzica/Opiekuna prawnego Beneficjenta *(jeżeli dotyczy)* …………………………..……

Zapoznałam/em się dnia ………………… Podpis ………………………………..…………………….

**Oświadczenie – zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Imię i nazwisko Beneficjenta ………………………………………………………..

Oświadczam, że na zbieranie i przetwarzanie *(proszę wybrać odpowiednio)*:

* moich danych osobowych oraz szczególnych kategorii danych osobowych
* danych osobowych oraz szczególnych kategorii danych osobowych mojego dziecka/podopiecznego

takich jak: imię i nazwisko, nr PESEL, data urodzenia, miejsce zamieszkania, płeć, zatrudnienie, wykształcenie, dane kontaktowe, rodzaj niepełnosprawności, stopień niepełnosprawności, dane dot. stanu zdrowia, dane dot. rejestracji w PUP oraz uczestnictwa w WTZ, telefon kontaktowy, w celu realizacji projektu pn.: „CAN 2-kolejny krok do niezależności i aktywności”, realizowanego przez Stowarzyszenie „Krok za krokiem” w Zamościu i dofinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON).

*(proszę zaznaczyć odpowiedź)*

* wyrażam dobrowolną zgodę,
* nie wyrażam zgody.

Zostałem/am wyczerpująco poinformowany o moich prawach.

……………………………………………….

data, podpis Beneficjenta/ Rodzica/Opiekuna prawnego Beneficjenta

**Oświadczenie – zgoda na udostępnianie danych**

Imię i nazwisko Beneficjenta ………………………………………………………..

Oświadczam, że na **udostępnianie** *(proszę wybrać odpowiednio)***:**

* **moich danych osobowych oraz szczególnych kategorii danych osobowych**
* **danych osobowych oraz szczególnych kategorii danych osobowych mojego dziecka/podopiecznego**

zbieranych i przetwarzanych przez Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom Niepełnosprawnym „Krok za krokiem” w Zamościu do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w celu realizacji i rozliczenia projektu pn.: „CAN 2-kolejny krok do niezależności i aktywności”,

*(proszę zaznaczyć odpowiedź)*

* wyrażam dobrowolną zgodę,
* nie wyrażam zgody.

……………………………………………….

data, podpis Beneficjenta/ Rodzica/Opiekuna prawnego Beneficjenta

**Oświadczenie – zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Imię i nazwisko Beneficjenta ………………………………………………………..

Oświadczam, że na zbieranie i przetwarzanie danych osobowych w postaci *(proszę wybrać odpowiednio)***:**

* **mojego wizerunku**,
* **wizerunku mojego dziecka/podopiecznego**

*(proszę zaznaczyć odpowiedź)*

* wyrażam dobrowolną zgodę
* nie wyrażam zgody

który służyć będzie do dokumentowania i promocji działań realizowanych przez Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom Niepełnosprawnym „Krok za krokiem” w Zamościu w ramach Projektu pn.: „CAN 2-kolejny krok do niezależności i aktywności”, dofinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON).

Zgadzam się na to, aby wizerunek w postaci zapisu video, zdjęć był wykorzystywany przez Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom Niepełnosprawnym „Krok za krokiem” w Zamościu w formach takich jak: materiały prasowe, ulotki, foldery, strona internetowa, portale społecznościowe, plakaty, i pokrewne. Zgadzam się również na oglądanie zajęć z moim udziałem/udziałem mojego dziecka przez osoby trzecie (np. zaproszeni goście) spoza Stowarzyszenia Pomocy Dzieciom Niepełnosprawnym „Krok za krokiem” w Zamościu przebywające na jego terenie.

Zrzekam się praw związanych z kontrolą i zatwierdzaniem każdorazowego wykorzystania fotografii lub nagrania z moim wizerunkiem/wizerunkiem mojego dziecka. Zostałem/am wyczerpująco poinformowany o zakresie i formie wykorzystania wizerunku. Zostałem/am wyczerpująco poinformowany o przysługujących prawach.

……………………………………………….

data, podpis Beneficjenta/ Rodzica/Opiekuna prawnego Beneficjenta

**Oświadczenie – zgoda na udostępnianie danych**

Imię i nazwisko Beneficjenta ………………………………………………………..

Oświadczam, że na **udostępnianie danych osobowych w postaci** *(proszę wybrać odpowiednio***:**

* **mojego wizerunku**,
* **wizerunku mojego dziecka/podopiecznego**

zbieranego i przetwarzanego przez Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom Niepełnosprawnym „Krok za krokiem” w Zamościu do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób niepełnosprawnych w celu rozliczenia, udokumentowania i promocji działań realizowanych w ramach projektu pn.: „CAN 2-kolejny krok do niezależności i aktywności”,

*(proszę zaznaczyć odpowiedź)*

* wyrażam dobrowolną zgodę,
* nie wyrażam zgody.

……………………………………………….

data, podpis Beneficjenta/ Rodzica/Opiekuna prawnego Beneficjenta