

OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA OSTATECZNEGO
PROJEKTU „OŚRODEK INTEGRACJI SPOŁECZNEJ III”
O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

1. Nazwisko i imię/Pesel BO	
2. Adres zamieszkania/ pobytu	

oświadczam, że w związku z realizacją Projektu pod nazwą „OŚRODEK INTEGRACJI SPOŁECZNEJ III”, jako Beneficjent Ostateczny (BO), realizowanego przez Fundację SZLACHETNE ZDROWIE mającego na celu zwiększenie aktywności osób niepełnosprawnych w życiu społecznym współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w ramach Konkursu 1/2023 pn. „Możemy więcej” z dnia 12-10-2023 r. – w ramach art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych”

- przyjmuję do wiadomości, iż Administratorem moich danych osobowych jest Fundacja SZLACHETNE ZDROWIE;
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i publikację wizerunku wyłącznie w celu realizacji i obsługi Projektu;
- wyrażam zgodę na udostępnianie przez Fundację SZLACHETNE ZDROWIE moich danych osobowych innym podmiotom w szczególności PFRON w celu ewaluacji, jak również w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem i sprawozdawczością w ramach Projektu.

Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w Projekcie.

Beneficjent Projektu ma prawo wglądu do treści swoich danych osobowych jak też ma prawo do żądania ich poprawienia lub usunięcia na zasadach określonych w Rozporządzeniu 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 (RODO). Z powyższych praw Beneficjent projektu może skorzystać występując z pisemnym wnioskiem skierowanym na adres:

Fundacja SZLACHETNE ZDROWIE, ul. BIERNACKIEGO 1/26, 20-089
Lublin.

Podpisy:

*(data i podpis przedstawiciela Realizatora Projektu
potwierdzającego złożenie oświadczenie przez BO)*

*(data, czytelny podpis Beneficjenta Ostatecznego
lub opiekuna ustawowego)*

OŚWIADCZENIE
DOTYCZĄCE UCZESTNICTWA W PROJEKCIE
„OŚRODEK INTEGRACJI SPOŁECZNEJ III”

1. Nazwisko i imię/Pesel BO	
2. Adres zamieszkania/ pobytu	

w związku z realizacją Projektu pod nazwą „OŚRODEK INTEGRACJI SPOŁECZNEJ II”, jako Beneficjent Ostateczny (BO), realizowanego przez Fundację SZLACHETNE ZDROWIE mającego na celu zwiększenie aktywności osób niepełnosprawnych w życiu społecznym współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w ramach Konkursu 1/2023 pn. „Możemy więcej” z dnia 12-10-2023 r. – w ramach art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych

oświadczam, że:

- Zamieszkuję na terenie województwa lubelskiego,**
- Posiadam aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub równoważne:**

- | | |
|---|--|
| ☐ Znaczny stopień niepełnosprawności | ☐ Całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji |
| ☐ Umiarkowany stopień niepełnosprawności | ☐ Całkowita niezdolność do pracy |
| ☐ Lekki stopień niepełnosprawności | ☐ Częściowa niezdolność do pracy |

wydane dnia ważne do dnia

3. Posiadam status:

- ☐ Osoby bezrobotnej, bez prawa do renty lub emerytury,
- ☐ Osoby poszukującej pracy nie pozostającej w zatrudnieniu,
- ☐ Aktywnej zawodowo
- ☐ Osoby nieaktywnej zawodowo

4. Nie* jestem* uczestnikiem WTZ, ŚDS, ZAZ.

5. Nie* jestem* uczestnikiem innych projektów finansowanych ze środków PFRON, o tożsamy celach tj. mających na celu zwiększenie aktywności osób niepełnosprawnych w życiu społecznym,

6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i publikację wizerunku dla potrzeb związanych z realizacją projektu, w tym związanych z rekrutacją oraz sprawozdawczością przekazywanych do PFRON, zgodnie z przepisami określonymi w Rozporządzeniu 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 (RODO)

Oświadczam, że jestem uprzedzony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

Podpisy:

*(data i podpis przedstawiciela Realizatora Projektu
potwierdzającego złożenie oświadczenie przez BO)*

*(data, czytelny podpis Beneficjenta Ostatecznego
lub opiekuna ustawowego)*