

**OŚWIADCZENIE OSOBY KORZYSTAJĄCEJ ZE WSPARCIA UDZIELANEGO W RAMACH DZIAŁALNOŚCI
STOWARZYSZENIA POMOCY RODZINIE I DZIECIOM „SZANSA”**

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku korzystaniem z oferty stowarzyszenia przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Stowarzyszenie Pomocy Rodzinie i Dzieciom „SZANSA”.
2. Przetwarzanie moich 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.
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji pomocy socjalnej, psychologicznej, pedagogicznej, terapeutycznej w ramach działalności stowarzyszenia.
4. Moje dane osobowe nie zostają powierzone innym instytucjom.
5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach działalności.
6. W celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków moje dane osobowe takie jak imię (imiona), nazwisko, data i miejsce urodzenia, adres zamieszkania, e-mail, nr. telefonu, placówka edukacyjna, data rozpoczęcia udziału w projekcie, data zakończenia udziału w projekcie.
7. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
9. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu zakończenia archiwizowania dokumentacji związanej z danym działaniem i realizacją zadań publicznych.
10. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@miir.gov.pl.
11. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
12. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
13. Wyrażam/nie wyrażam* zgodę na przetwarzanie wizerunku w ramach promocji działań stowarzyszenia.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU**

*Niepotrzebne skreślić

**W przypadku osoby niepełnoletniej podpisuje opiekun prawny

**Dotyczy dziecka