



KARTA ZGŁOSZENIOWA DO PROJEKTU

„PZU kontra muko”

Projekt realizowany w ramach programu „Młodzi niepełnosprawni -sprawni z Fundacją PZU/2019

Miejscowość, data.....

Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą
ul. Prof. Jana Rudnika 3b
34-700 Rabka-Zdrój

Proszę o przyjęcie do uczestnictwa w projekcie pn. „PZU kontra muko”

| | |
|--|--|
| NAZWISKO I IMIĘ UCZESTNIKA | |
| PESEL UCZESTNIKA | |
| ADRES ZAMIESZKANIA UCZESTNIKA (ulica, nr domu/mieszkania, kod, miejscowość) | |
| WOJEWÓDZTWO | |
| POWIAT | |
| TELEFON KONTAKTOWY STACJONARNY I KOMÓRKOWY | |
| E-MAIL | |
| NAZWISKO I IMIĘ PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO | |

- Oświadczam, że znane mi są zasady realizacji i rekrutacji do projektu.
- Oświadczam, że przystępując do projektu nie uczestniczę jednocześnie w innych projektach z zakresu domowej rehabilitacji.

ZAŁĄCZAM DOKUMENTY:

- oświadczenie o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych uczestnika projektu-chorego na mukowiscydozę
- oświadczenie o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych rodzica/opiekuna prawnego uczestnika projektu
- kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności uczestnika projektu

.....
podpis (uczestnika projektu lub w przypadku dziecka do lat 18 – rodzica/opiekuna prawnego)



....., dnia r.

ADMINISTRATOR

Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą
Ul. Prof. Jana Rudnika 3b, 34-700 Rabka-Zdrój

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA PROJEKTU „PZU kontra muko”

.....
(imię i nazwisko uczestnika)

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a 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 osobowych), wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uczestnika projektu przez Administratora w celu realizacji projektu „PZU kontra muko”.

Dane osobowe zostaną przekazane pracownikom projektu, którzy będą prowadzić Ewidencję Godzin Wsparcia, w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji projektu przez PTWM oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych Fundacji PZU:

| CEL PRZETWARZANIA | TAK | NIE | PODPIS |
|---|-----|-----|--------|
| W celach realizacji projektu „PZU kontra muko” | | | |
| W celach monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji projektu przez PTWM oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych Fundacji PZU | | | |

Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że zapoznałem (-am) się z treścią klauzuli obowiązku informacyjnego umieszczonej na stronie internetowej Administratora lub w siedzibie Administratora, w tym z informacją o celach i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania. Ponadto Administrator poinformował mnie, że:

- niniejsza zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie poprzez złożenie oświadczenia w tej samej formie, w jakiej zgoda została wyrażona. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem, przy czym **brak zgody skutkuje brakiem możliwości wzięcia udziału w projekcie**,
- dane osobowe przetwarzane na podstawie niniejszej zgody nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

.....
(podpis uczestnika/przedstawiciela prawnego*)

*w przypadku dziecka, które nie ukończyło 18 lat, zgodę wyraża w jego imieniu przedstawiciel prawny



....., dnia r.

ADMINISTRATOR
Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą
Ul. Prof. Jana Rudnika 3b, 34-700 Rabka-Zdrój

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU „PZU kontra muko”

.....
(imię i nazwisko uczestnika)

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a 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 osobowych), wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych rodzica/opiekuna prawnego uczestnika projektu przez Administratora w celu realizacji projektu „PZU kontra muko”.

Dane osobowe zostaną przekazane pracownikom projektu, którzy będą prowadzić Ewidencję Godzin Wsparcia, w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji projektu przez PTWM oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych Fundacji PZU:

| CEL PRZETWARZANIA | TAK | NIE | PODPIS |
|---|-----|-----|--------|
| W celach realizacji projektu „PZU kontra muko” | | | |
| W celach monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji projektu przez PTWM oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych Fundacji PZU | | | |

Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że zapoznałem (-am) się z treścią klauzuli obowiązku informacyjnego umieszczonej na stronie internetowej Administratora lub w siedzibie Administratora, w tym z informacją o celach i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania. Ponadto Administrator poinformował mnie, że:

- niniejsza zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie poprzez złożenie oświadczenia w tej samej formie, w jakiej zgoda została wyrażona. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem, przy czym **brak zgody skutkuje brakiem możliwości wzięcia udziału w projekcie**,
- dane osobowe przetwarzane na podstawie niniejszej zgody nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

.....
(podpis rodzica/opiekuna uczestnika projektu*)