

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych
przez Realizatora programu oraz PFRON**

.....
imię i nazwisko

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych
oraz danych mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy):

.....
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez Realizatora programu tj. Powiat Milicki ul. Wojska Polskiego 38 56-300 Milicz oraz jednostkę organizacyjną Realizatora programu tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu ul. Trzebnicka 4B 56-300 Milicz oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II 13. Zostałam/em poinformowany, iż moje dane osobowe są przetwarzane i zbierane przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu ul. Trzebnicka 4B 56-300 Milicz, zgodnie z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 4.5.2016 r.). Zostałem poinformowany, że moje dane osobowe zostaną przekazane do PFRON w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych. Celem przetwarzania Pani/Pana danych jest realizacja przez Powiat Milicki programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi” – Moduł III finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Dane osobowe będą przetwarzane, gdy jest to niezbędne do wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Zostałem/am poinformowany/a, że wyrażenie zgody jest dobrowolne i mogę ją w dowolnym momencie wycofać, z tym, że wycofanie zgody nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania na podstawie zgody, przed jej wycofaniem.

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie