Karta zgłoszeniowa **Asystent – szansa na niezależne życie osób z niepełnosprawnością**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię (imiona) |  |
| Nazwisko |  |
| Data urodzenia |  |
| Płeć\* |  kobieta |  mężczyzna |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Miejsce zamieszkania | Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Nr domu/Nr mieszkania |  |
| Obszar\* |  miasto | wieś |
| Kod pocztowy |  |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| Nr telefonu |  |
| Inna osoba do kontaktu (nr telefonu) |  |
| Adres poczty elektronicznej (e-mail) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Niepełnosprawność  | Rodzaj niepełnosprawności |  |
| Znaczny (I) stopień  |  |
| Umiarkowany (II) stopień |  |
| Lekki (III) stopień |  |
| Brak |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rodzaj wsparcia  | Asystent Osobisty | TAK NIE |
| Tłumacz Języka Migowego | TAK NIE |

\***właściwe zakreślić znakiem X**

**Skąd Pan/Pani dowiedziała się o projekcie Asystent : ……………………………………………..…………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

🗆 Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Warmińsko - Mazurski Sejmik Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Olsztynie, al. Marszałka J. Piłsudskiego 7/9 lok. 14 moich danych osobowych w zakresie wskazanym w formularzu powyżej.

🗆 Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Warmińsko - Mazurski Sejmik Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Olsztynie, al. Marszałka J. Piłsudskiego 7/9 lok. 14, moich danych dotyczących stanu zdrowia w zakresie wskazanym w formularzu powyżej.

Jednocześnie jestem świadoma/-y iż:

1. W sprawie przetwarzania danych osobowych można się skontaktować z Administratorem za pośrednictwem e-mail: wmson.ol@wp.pl lub pisemnie na adres: al. Marszałka J. Piłsudskiego 7/9 lok. 14, 10-575 Olsztyn.
2. Moje dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia rekrutacji do projektu realizowanego przez Warmińsko-Mazurski Sejmik Osób Niepełnosprawnych.
3. Odbiorcą moich danych osobowych mogą zostać:
* osoby uprawnione przez Warmińsko-Mazurski Sejmik Osób Niepełnosprawnych
* organy i osoby uprawnione do przeprowadzenia z ramienia nadzorujących realizację projektów podmiotów, czynności kontrolnych, ewaluacyjnych i audytowych
* podmioty realizujące badania ewaluacyjne, kontrolę i audyt na zlecenie podmiotów nadzorujących realizację projektów lub Warmińsko-Mazurskiego Sejmiku Osób Niepełnosprawnych.
1. Moje dane osobowe będą przechowywane od dnia zakończenia rekrutacji przez okres wskazany w umowie o dofinansowanie realizacji projektu. W sytuacji, w której przetwarzanie danych odbywa się na podstawie przepisów prawa, dane będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów szczególnych.
2. W każdym czasie przysługuje mi prawo dostępu do swoich danych osobowych, jak również prawo żądania ich sprostowania. Natomiast prawo do usunięcia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do sprzeciwu, przysługuje mi w przypadkach i na zasadach określonych odpowiednio w art. 17-22 RODO.
3. Mam prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
4. Podanie przez ze mnie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania będzie równoznaczna z brakiem możliwości udziału w procesie rekrutacji do projektu.
5. Moje dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddawane profilowaniu.
6. Moje dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
7. Mam prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Podpis i data: ……………………………………………….