Załącznik nr 1

Formularz rekrutacyjny

1. **Deklaracja uczestnictwa w projekcie   
   „Centrum Informacji i Koordynacji na rzecz osób niesamodzielnych i ich rodzin”**

**nr FEWM.09.05-IZ.00-0003/25**

Ja niżej podpisana/-y ……………………………….………………………………………………………………………………

deklaruję swój udział w Projekcie „Centrum Informacji i Koordynacji na rzecz osób niesamodzielnych i ich rodzin” (dalej Projekt), którego realizatorem jest Federacja Organizacji Socjalnych Województwa Warmińsko-Mazurskiego FOSa w partnerstwie z Gminami: Olsztyn, Gietrzwałd, Jonkowo, Dywity i Stawiguda.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem Projektu i Rekrutacji dostępnym na stronie [www.federacjafosa.pl](http://www.federacjafosa.pl) oraz w siedzibie Federacji FOSa (ul. Linki ¾, Olsztyn) i akceptuję jego postanowienia.

1. Zostałam/em poinformowana/y, że Projektjest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
2. Zobowiązuję się do wypełnienia formularza dotyczącego danych osobowych, ankiet, testów oraz podpisywania list obecności, kart doradczych i umów dostarczanych przez realizatora w trakcie Projektu. Mam świadomość, iż dokumenty te posłużą realizatorowi w procesie monitorowania, kontroli oraz ewaluacji realizowanego Projektu.
3. Oświadczam, że jestem osobą uprawnioną do wzięcia udziału w Projekcie zgodnie z Regulaminu Projektu i Rekrutacji.
4. Uprzedzony o odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych oświadczeń lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że wszystkie przedstawione przeze mnie dane są zgodne z prawdą.
5. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji związanych z realizacją Projektu drogą telefoniczną i/lub elektroniczną (e-mail).
6. Oświadczam, że w terminie udziału w wybranych formach wsparcia oferowanych w ramach Projektu, nie będę korzystać z takiego samego zakresu wsparcia, w tym samym okresie, w ramach innych realizowanych projektów.
7. Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku do celów projektowych, w szczególności do promowania i upowszechniania Projektu na stronach internetowych, materiałach filmowych, publikacjach
8. Postanowienia końcowe:

* zasady uczestnictwa w projekcie określa Regulamin Projektu i Rekrutacji.
* Federacja FOSa zastrzega sobie prawo zmiany zasad uczestnictwa w projekcie w sytuacji zmiany wytycznych i dokumentów programowych oraz warunków realizacji projektu.
* w sprawach nieuregulowanych niniejszą deklaracją decyzje podejmuje koordynator projektu.
* deklaracja obowiązuje w całym okresie realizacji Projektu.

1. Oświadczam, że otrzymałem/-łam informację dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych.

……………………………………………… ………….………………………………………..

Miejscowość i data Podpis uczestnika projektu\*

\*W przypadku uczestnika projektu nieposiadającego zdolności do czynności prawnych fakt zapoznania się z powyższymi informacjami potwierdza jego opiekun prawny.

1. **DANE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU OTRZYMUJĄCEGO WSPARCIE**

Proszę określić swoją rolę w projekcie (zaznacz właściwą odpowiedź, wstawiając znak X w wybranym kwadracie/polu):

🞐 osoba wykluczona z dostępu do usług w szczególności potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu/osoba niesamodzielna

🞐 opiekun osoby niesamodzielnej

🞐 pracownik instytucji pomocowej

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ I** | | | | | | | |
| **I** | **Dane**  **osobowe** | **1** | **Imię/imiona** |  | | | |
| **2** | **Nazwisko** |  | | | |
| **3** | **PESEL/Inny identyfikator** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   🞐 Brak PESEL  INNY IDENTYFIKATOR  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **4** | **Wykształcenie** | 🞐 Niższe niż podstawowe  🞐 Podstawowe  🞐 Gimnazjalne | | 🞐 Ponadgimnazjalne  🞐 Policealne  🞐 Wyższe | |
| **5** | **Obywatelstwo** | 🞐 Obywatelstwo polskie 🞐 Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE 🞐 Brak polskiego obywatelstwa lub obywatelstwa UE – obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec | | | |
| **II** | **Adres zamieszkania** | **1** | **Województwo** |  | | | |
| **2** | **Powiat** |  | | | |
| **3** | **Gmina** |  | | | |
| **4** | **Miejscowość** |  | | | |
| **5** | **Ulica** |  | | | |
| **6** | **Numer budynku** |  | | | |
| **7** | **Numer lokalu** |  | | | |
| **8** | **Kod pocztowy** |  | | | |
| **III** | **Dane kontaktowe** | **1** | **Telefon kontaktowy** |  | | | |
| **2** | **Adres e-mail** |  | | | |
| **IV** | **Dane instytucji pomocowej**  *(wypełnia uczestnik/czka pracująca w instytucji pomocowej)* | **1** | **Nazwa instytucji** |  | | | |
| **2** | **Adres instytucji** |  | | | |
| **3** | **Telefon** |  | | | |
| **4** | **Stanowisko pracownika** |  | | | |
| **V** | **Status uczestnika/czki projektu w chwili przystąpienia do projektu** | **1** | Osoba pochodzenia obcego  🞐 Tak 🞐 Nie  Osoba państw trzecich  🞐 Tak 🞐 Nie  Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej ( w tym społeczności marginalizowane)  🞐 Tak 🞐 Nie 🞐 Odmawia podania informacji    Osoba bezdomna  🞐 Tak 🞐 Nie 🞐 Odmawia podania informacji  Osoba z niepełnosprawnościami  🞐 Tak 🞐 Nie 🞐 Odmawia podania informacji | | | | |
| **VI** | **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:** | **1** | 🞐 bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | | 🞐 długotrwale bezrobotna  🞐 inne | | |
| 🞐 bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | | 🞐 długotrwale bezrobotna  🞐 inne | | |
| 🞐 bierna zawodowo | | 🞐 nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu  🞐 ucząca się  🞐 inne | | |
| 🞐 pracująca | | 🞐 w administracji rządowej  🞐 w administracji samorządowej  🞐 w MMŚP (*mikro, małych, średnich przedsiębiorstwach*  🞐 w organizacji pozarządowej  🞐 prowadząca działalność na własny rachunek  🞐 w dużym przedsiębiorstwie\*\*  🞐 w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)  🞐 w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)  🞐 w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)  🞐 na uczelni  🞐 w instytucie naukowym  🞐 w instytucji działających w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz 🞐 w międzynarodowym instytucje naukowym 🞐 dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki 🞐 na rzecz państwowej osoby prawnej  🞐 inne | | |
| **VII Status uczestnika/czki potwierdzający kwalifikowalność do udziału w projekcie:** | | | | | | | |
| **1** | **OSOBY WYKLUCZONE Z DOSTĘPU DO USŁUG W SZCZEGÓLNOŚCI POTRZEBUJĄCE WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU/OSOBY NIESAMODZIELNE:** | | | | | | |
| **a** | **Jestem osobą zamieszkującą na terenie MOF Olsztyna**  *Do formularza należy dołączyć dokument potwierdzający miejsce zamieszkania na terenie MOF Olsztyna, np.: zaświadczenie z Urzędu Pracy informujące o zarejestrowaniu, zaświadczenie z  Urzędu Miasta/Gminy informujące o zameldowaniu, zaświadczenie z MOPS/GOPS – osoby widniejące jako objęte wsparciem przez instytucje, zaświadczenie Pracodawcy o zatrudnieniu na podstawie zgłoszeń pracowników do ZUS, zaświadczenie ze Szkoły o zameldowaniu/zamieszkaniu uczniów, zaświadczenie o niepełnosprawności, które potwierdza miejsce zamieszkania (wystawione maks. Miesiąc przed rozpoczęciem udziału w projekcie), kserokopie decyzji w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości, kserokopie rachunków lub faktur za media, ścieki, odpady komunalne lub inne równoważne dokumenty na których widnieje imię i nazwisko i adres potencjalnego uczestnika/czki projektu.* | | | | | | 🞏 |
| **b** | **Jestem osobą należącą do jednej z poniższych grup:**  🞏 jestem osobą 60+ i potrzebuję wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (PESEL)  🞏 jestem osobą dorosłą z problemami zdrowia psychicznego  🞏 jestem osobą z niepełnosprawnościami  🞏 jestem osobą przewlekle i ciężko chorą  Osoby z preferencjami:  🞏 jestem osobą o znacznym i umiarkowanym stopniu niepełnosprawności: **+10 pkt**  🞏 jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną, z chorobami psychicznymi, z niepełnosprawnością intelektualną i z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (zgodnie z ICD10): **+ 5 pkt**  *Do formularza należy dołączyć dokument z PESEL oraz orzeczenie/zaświadczenie lekarskie poświadczające stan zdrowia* | | | | | | 🞏 |
| **c** | **Jestem osobą korzystająca z FE PŻ (Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027): + 5 pkt**  *Do formularza należy dołączyć zaświadczenie potwierdzające korzystanie z programu* | | | | | | 🞏 |
| **d** | **Jestem osoba prowadzącą samodzielne gospodarstwo domowe: +5 pkt**  *Do formularza należy dołączyć oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą)* | | | | | | 🞏 |
| **2** | **OPIEKUN OSOBY NIESAMODZIELNEJ:** | | | | | | |
| **a** | **Jestem osobą zamieszkującą na terenie MOF Olsztyna**  *Do formularza należy dołączyć dokument potwierdzający miejsce zamieszkania na terenie MOF Olsztyna, np.: zaświadczenie z Urzędu Pracy informujące o zarejestrowaniu, zaświadczenie z  Urzędu Miasta/Gminy informujące o zameldowaniu, zaświadczenie z MOPS/GOPS – osoby widniejące jako objęte wsparciem przez instytucje, zaświadczenie Pracodawcy o zatrudnieniu na podstawie zgłoszeń pracowników do ZUS, zaświadczenie ze Szkoły o zameldowaniu/zamieszkaniu uczniów, zaświadczenie o niepełnosprawności, które potwierdza miejsce zamieszkania (wystawione maks. Miesiąc przed rozpoczęciem udziału w projekcie), kserokopie decyzji w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości, kserokopie rachunków lub faktur za media, ścieki, odpady komunalne lub inne równoważne dokumenty na których widnieje imię i nazwisko i adres potencjalnego uczestnika/czki projektu.* | | | | | | 🞏 |
| **b** | **Jestem osobą sprawująca opiekę nad osobą wymagającą wsparcia**  *Do formularza należy dołączyć oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą)* | | | | | | 🞏 |
| **c** | **Jestem opiekunem osoby z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności lub wymagającej całodobowej opieki: +5 pkt**  *Do formularza należy dołączyć orzeczenie podopiecznego* | | | | | | 🞏 |
| **d** | **Jestem opiekunem/ką z rodzin o niskich dochodach: + 1-5 pkt**  Od 1 stycznia 2025 roku obowiązują nowe kryteria dochodowe w pomocy społecznej wprowadzone Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 12 lipca 2024 r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (Dz. U. poz. 1044). Ustala się następujące kryteria dochodowe:  - dla osoby samotnie gospodarującej – w wysokości 1010 zł.  - dla osoby w rodzinie – w wysokości 823 zł.  *Do formularza należy dołączyć oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą)* | | | | | | 🞏 |
| **e** | **jestem opiekunem/ką samotnie sprawującym/ą opiekę nad osobą wymagającą wsparcia:**  **+ 5 pkt**  *Do formularza należy dołączyć oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą)* | | | | | | 🞏 |
| **f** | **Jestem osobą sprawującą opiekę nad osobą wymagającą wsparcia wiele lat, bez przerwy:**  **+ 1 pkt za każdy pełny rok**  *Do formularza należy dołączyć oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą)* | | | | | | 🞏 |
| **g** | **Jestem opiekunem/ką, który/a ze względu na opiekę nie może podjąć zatrudnienia lub jest zagrożona utratą pracy: +5 pkt.**  *Do formularza należy dołączyć oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą)* | | | | | | 🞏 |
| **h** | **Jestem opiekunem/ką z problemami zdrowotnymi, ale mimo to sprawującym/ą opiekę nad osobą wymagająca wsparcia: +5 pkt**  *Do formularza należy dołączyć orzeczenie, zaświadczenie lekarskie lub oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą)* | | | | | |  |
| **3** | **KADRA JEDNOSTEK POMOCOWYCH** | | | | | | |
| **a** | **Jestem osobą zamieszkującą na terenie MOF Olsztyna**  *Do formularza należy dołączyć dokument potwierdzający miejsce zamieszkania na terenie MOF Olsztyna, np.: zaświadczenie z Urzędu Pracy informujące o zarejestrowaniu, zaświadczenie z  Urzędu Miasta/Gminy informujące o zameldowaniu, zaświadczenie z MOPS/GOPS – osoby widniejące jako objęte wsparciem przez instytucje, zaświadczenie Pracodawcy o zatrudnieniu na podstawie zgłoszeń pracowników do ZUS, zaświadczenie ze Szkoły o zameldowaniu/zamieszkaniu uczniów, zaświadczenie o niepełnosprawności, które potwierdza miejsce zamieszkania (wystawione maks. Miesiąc przed rozpoczęciem udziału w projekcie), kserokopie decyzji w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości, kserokopie rachunków lub faktur za media, ścieki, odpady komunalne lub inne równoważne dokumenty na których widnieje imię i nazwisko i adres potencjalnego uczestnika/czki projektu.* | | | | | | 🞏 |
| **b** | **Jestem osobą zatrudnioną w jednostce pomocowej z siedzibą na terenie MOF Olsztyn**  *Do formularza należy dołączyć zaświadczenie od pracodawcy.* | | | | | | 🞏 |
| **c** | **Jestem osobą bezpośrednio pracującą z podopiecznymi np. pracownik socjalny, asystent rodzin, terapeuta, itp.:+5 pkt;**  *Do formularza należy dołączyć zaświadczenie od pracodawcy.* | | | | | | 🞏 |
| **d** | **Jestem osobą z krótkim stażem, która potrzebuje wsparcia w zdobyciu kompetencji: 1-15 pkt (do 2 lat– 15 pkt., każde następne dwa lata-1 pkt, powyżej 30 lat pracy 0 pkt)**  *Do formularza należy dołączyć zaświadczenie lub oświadczenie o długości zatrudnienia w instytucji pomocowej (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą)* | | | | | | 🞏 |
| **e** | **Jestem osobą, która nie miała możliwości wzięcia udziału w podobnych programach: +5 pkt.**  *Do formularza należy dołączyć oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą)* | | | | | | 🞏 |
| **VII** | **Stopień motywacji uczestnika/czki do udziału w projekcie** | | | | | | |
| **a** | **Proszę ocenić swój stopień motywacji do udziału w projekcie: 1-10 pkt**  Wybierz wartość od 0 do 10, gdzie 0 oznacza brak motywacji, a 10 – maksymalny poziom motywacji:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | | | | | | |  |

……………………………………… ……………………………………………………..

**Miejscowość i data Czytelny podpis uczestnika projektu**\*

\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej opiekuna prawnego.

\*\* Duże przedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo zatrudniające powyżej 249 pracowników

1. **Klauzula informacyjna dla osoby, której dane są przetwarzane w ramach realizacji Projektu**

W związku z Państwa udziałem w realizacji Projektu pn. „Centrum Informacji i Koordynacji na rzecz osób niesamodzielnych i ich rodzin” *(nr FEWM.09.05-IZ.00-0003/25)* w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027 na podstawie art. 13 *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)* (dalej: RODO), informuję iż:

1. Administratorem Państwa danych osobowych przetwarzanych w związku z realizacją ww. Projektu jest Federacja Organizacji Socjalnych Województwa Warmińsko-Mazurskiego FOSA, ul. Linki 3/4, 10-595 Olsztyn, będący Beneficjentem tego Projektu (dalej: Beneficjent).
2. Beneficjent powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym kontakt jest możliwy pod adresem email iod@federacjafosa.pl
3. Państwa dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO. Oznacza to, że Państwa dane osobowe są niezbędne do wypełnienia przez Beneficjenta obowiązków prawnych ciążących na nim w związku z realizacją ww. Projektu. Wspomniane obowiązki prawne ciążące na Beneficjencie w związku z realizacją ww. Projektu określone zostały Umową o dofinansowanie Projektu nr FEWM.09.05-IZ.00.-0003/25 oraz przepisami m.in. w niżej wymienionych aktach prawnych:
4. *Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowe*,
5. *Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013*,
6. *Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1058 z dnia 24 czerwca 2021 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i Funduszu Spójności*,
7. *Ustawa z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027* (dalej: *ustawa wdrożeniowa*).
8. Państwa dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu wykonania przez Beneficjenta określonych prawem i Umową o dofinansowanie Projektu nr FEWM.09.05-IZ.00-0003/25obowiązków w związku z realizacją Projektu nr FEWM.09.05-IZ.00-0003/25pn. „Centrum Informacji i Koordynacji na rzecz osób niesamodzielnych i ich rodzin”.
9. Państwa dane osobowe zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa są udostępniane uprawnionym podmiotom i instytucjom, w tym wskazanym w art. 89 *ustawy wdrożeniowej*, w szczególności:
   1. Ministrowi właściwemu ds. rozwoju regionalnego – Ministrowi Funduszy i Polityki Regionalnej, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa,
   2. Ministrowi właściwemu ds. finansów publicznych – Ministrowi Finansów, ul. Świętokrzyska 12, 00-916 Warszawa,
   3. Instytucji Zarządzającej programem regionalnym Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027 – Zarządowi Województwa Warmińsko-Mazurskiego, ul. Emilii Plater 1, 10-562 Olsztyn,
   4. Instytucji Pośredniczącej programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027 – Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Olsztynie, ul. Głowackiego 28, 10-448 Olsztyn,
   5. Instytucji Audytowej – Szefowi Krajowej Administracji Skarbowej, ul. Świętokrzyska 12, 00-916 Warszawa,
   6. W zakresie niezbędnym do realizacji ich zadań wynikających z przepisów tej ustawy, oraz Państwa dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania lub udostępnione podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu.
10. Państwa dane osobowe mogą zostać powierzone lub udostępnione także specjalistycznym podmiotom realizującym badania ewaluacyjne, kontrole i audyty w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027, w szczególności na zlecenie Instytucji Zarządzającej programem regionalnym Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027 lub Beneficjenta.
11. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
12. Państwa dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
13. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w art. 87 ust. 1 ustawy wdrożeniowej.
14. W każdym czasie przysługuje Państwu 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 w przypadkach i na zasadach określonych odpowiednio w art. 17-22 RODO.
15. Jeżeli uznają Państwo, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, mają Państwo prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
16. Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania będzie równoznaczna z brakiem możliwości udziału w realizacji Projektu.

**Oświadczam, że zapoznałam/-em się z treścią klauzuli**

…..................……..............……………………

Czytelny podpis uczestnika projektu\*

\*W przypadku uczestnika projektu nieposiadającego zdolności do czynności prawnych fakt zapoznania się z powyższymi informacjami potwierdza jego opiekun prawny.