

PROMED SPECJALISTYKA Sp. z o.o. | ul. Zwycięstwa 15, 42-624 Tapkowice | NIP: 6452549609 | tel:32 285 72 79

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Projekt: Domowy Krąg Opieki – kompleksowe wsparcie pielęgniarstwa opieką długoterminową w miejscu zamieszkania.

Nr projektu: FESL.07.06-IZ.01-0D6B/24-005

Ja, niżej podpisany/a: **Imię i nazwisko:**

PESEL:

Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (w tym danych dotyczących stanu zdrowia oraz stopnia niepełnosprawności) przez Administratorów danych w celu realizacji procesu rekrutacji oraz udziału w projekcie.

KLAUZULA INFORMACYJNA (RODO):

- Administratorzy Danych:** Współadministratorami moich danych osobowych są:
 - Beneficjent (Lider):** PROMED SPECJALISTYKA Sp. z o.o., ul. Zwycięstwa 15, 42-624 Tapkowice.
 - Partner:** EPIONE Sp. z o.o. z siedzibą w Katowicach, ul. Zawiszy Czarnego 7a, 40-872 Katowice.
 - Instytucja Zarządzająca:** Zarząd Województwa Śląskiego, ul. Ligonía 46, 40-037 Katowice.
- Cel przetwarzania:** Dane są przetwarzane w celu przeprowadzenia rekrutacji, świadczenia usług opiekuńczych i pielęgniarstwa w miejscu zamieszkania, teleopieki oraz wsparcia psychologicznego, a także do celów sprawozdawczych i kontrolnych wynikających z programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027.
- Podstawa prawna:** Art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO (przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym w obszarze funduszy unijnych).
- Prawa Uczestnika:** Mam prawo do wglądu w swoje dane, ich poprawiania, żądania ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego (PUODO).
- Dobrowolność:** Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich brak uniemożliwia udział w projekcie (z uwagi na konieczność weryfikacji kryteriów wiekowych i medycznych).

Oświadczenie: Potwierdzam zapoznanie się z powyższą informacją i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych.

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Czytelny podpis Uczestnika)

Wypełnić tylko w przypadku reprezentowania Uczestnika przez Opiekuna Faktycznego:

Jako opiekun faktyczny wyżej wymienionego Uczestnika, działając w jego imieniu, wyrażam zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych w zakresie niezbędnym do udziału w projekcie.

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Czytelny podpis Uczestnika)