

## **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**do udziału w zadaniu “Wiedzieć więcej, by wspierać lepiej – 2.0”**

**1. Dane członka rodziny / opiekuna lub członka kadry / wolontariusza bezpośrednio zaangażowanego w proces rehabilitacji zawodowej lub społecznej OzN**

Imię (imiona).....

Nazwisko.....

Miejsce zamieszkania

Ulica.....

Nr domu..... Nr mieszkania.....

Kod pocztowy..... Miejscowość.....

Powiat.....

Nr telefonu.....

Adres poczty elektronicznej (e-mail).....

Zaangażowanie w proces rehabilitacji zawodowej lub społecznej OzN (właściwie zaznaczyć znakiem „x”)

Jestem członkiem rodziny / opiekunem bezpośrednio zaangażowanego w proces rehabilitacji zawodowej lub społecznej osoby z niepełnosprawnością - w przypadku zaznaczenia tego punktu proszę uzupełnić tylko pkt 2.

Jestem członkiem kadry / wolontariuszem bezpośrednio zaangażowanym w proces rehabilitacji zawodowej lub społecznej osób z niepełnosprawnościami - w przypadku zaznaczenia tego punktu proszę uzupełnić tylko pkt 3.

**2. Dane dotyczące osoby z niepełnosprawnością, w której proces rehabilitacji zawodowej lub społecznej bezpośrednio zaangażowany jest członek rodziny / opiekun wskazany w pkt 1:**

Imię (imiona).....

Nazwisko.....

- ★ Do Formularza zgłoszeniowego dołączam kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności osoby z niepełnosprawnością, w której proces rehabilitacji zawodowej lub społecznej jestem bezpośrednio zaangażowany/a.

Data i czytelny podpis Członka rodziny / Opiekuna OzN: .....

---

**3. Dane dotyczące zaangażowania członek kadry / wolontariusza wskazanego w pkt 1:**

Jestem bezpośrednio zaangażowany/a w proces rehabilitacji społecznej lub zawodowej osób z niepełnosprawnością w instytucji (proszę podać nazwę i adres instytucji):

.....  
.....,

jako (właściwe zaznaczyć znakiem „x”)

- członek kadry
- wolontariusz

- ★ Do Formularza zgłoszeniowego dołączam Zaświadczenie o zatrudnieniu/ współpracy/wolontariacie z instytucjami integracji i pomocy społecznej.

Data i czytelny podpis Członka kadry / Wolontariusza: .....

## **ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych zawartych w dokumentach rekrutacyjnych dla potrzeb niezbędnych do realizacji umowy, **zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a, c Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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**

Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Fundacja Eudajmonia z siedzibą przy ulicy Borówkowej 5a, 59-101 Polkowice, adres email: [biuro@eudajmonia.pl](mailto:biuro@eudajmonia.pl)
2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. a, c Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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.
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji niniejszej usługi / projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości, działań wynikających z obowiązku wobec organu podatkowego i ubezpieczeniowego oraz działań informacyjno-promocyjnych.
4. Podanie danych jest dobrowolne i świadome jednak niezbędne do realizacji celu, o którym mowa w pkt. 3. Dane są przechowywane do momentu zakończenia stosunku prawnego z Fundacją Eudajmonia lub złożenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.
5. Moje dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej oraz nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji. Mogą być natomiast przekazywane uprawnionym instytucjom określonym przez przepisy prawa oraz podmiotom przetwarzającym, które świadczą usługi na rzecz Administratora danych i którym te dane są powierzane. Dane osób fizycznych

przetwarzane przez Fundację „Eudajmonia” mogą być udostępniane Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), Powiatowi Polkowickiemu oraz Powiatowemu Centrum Pomocy Rodzinie w Polkowicach m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych.

6. Przysługuje mi:

- a. prawo wycofania zgody na przetwarzanie danych w każdej chwili bez podawania przyczyny - nie wpłynie to jednak na zgodność z prawem przetwarzania którego dokonano przed jej cofnięciem. Cofnięcie zgody można wnieść poprzez złożenie oświadczenia o wycofaniu zgody w formie mailowej na adres [biuro@eudajmonia.pl](mailto:biuro@eudajmonia.pl) lub pisemnie na adres siedziby Administratora.
- b. prawo żądania od Fundacji Eudajmonia: dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, poprawienia, usunięcia bez podawania przyczyny lub ograniczenia przetwarzania przez określony czas w określonym zakresie, informacji o zakresie przetwarzania a także prawo do przenoszenia danych – w tym celu należy skontaktować się z nami drogą mailową podając nazwę i adres podmiotu, do którego mamy przekazać twoje dane oraz ich zakres, tzn. które twoje dane mamy przekazać. Przekazanie nastąpi w formie elektronicznej po potwierdzeniu przez ciebie tego żądania. Potwierdzenie żądania jest potrzebne z uwagi na bezpieczeństwo twoich danych i uzyskanie pewności, że żądanie pochodzi o osoby uprawnionej.

7. Przysługuje mi prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. instytucji publicznej odpowiedzialnej za ochronę praw i wolności osób, których dane są przetwarzane (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych).

Data i czytelny podpis Kandydata/ki: .....

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a:....., oświadczam, że:

- dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą;
- z własnej inicjatywy biorę udział w procesie rekrutacji;
- mój stan zdrowia pozwala mi na wzięcie udziału w zaplanowanych działaniach;
- zostałem/am poinformowany/a, że w zadanie publiczne z zakresu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych, dotyczącej ich rehabilitacji zawodowej i społecznej pod tytułem: „Wiedzieć więcej, by wspierać lepiej – 2.0” jest realizowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
- zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w ramach zadania publicznego pt. „Wiedzieć więcej, by wspierać lepiej – 2.0”, realizowanego w ramach zadania publicznego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z zakresu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych, dotyczącej ich rehabilitacji zawodowej i społecznej i akceptuję wszystkie jego zapisy i postanowienia.

Data i czytelny podpis Kandydata/ki: .....