



Za życiem



Załącznik Nr 2 do Deklaracji uczestnictwa w Programie

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU

O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE/WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Ja niżej podpisany oświadczam, iż w związku z przystąpieniem do Programu "Za życiem" wyrażam zgodę na nieodwołalne i nieodpłatne przetwarzanie, wykorzystywanie teraz i w przyszłości przez Powiatowy Ośrodek Koordynacyjno-Rehabilitacyjno-Opiekuńczy ul. R. W. Pileckiego 3, 58-100 Świdnica, wszelkich dokumentów przedstawiających wizerunek mojej osoby (zdjęcia itp.) w celach upublicznienia tych dokumentów za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu zgodnym z realizacją ww. projektu. Oświadczam, że jestem pełnoletni(a) i nieograniczony/-a w zdolności do czynności prawnych, oraz że zapoznałem/am się z powyższą treścią i w pełni ją rozumiem.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS rodzica/prawnego opiekuna uczestnika programu

Załącznik Nr 3 do Deklaracji uczestnictwa w Programie

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie obejmującym
–dane uczestnika (imię i nazwisko, PESEL, wiek, płeć, wykształcenie, nr telefonu, adres e-mailowy)
–dane kontaktowe (w tym obszar zamieszkania wg stopnia urbanizacji DEGURBA)
–szczegóły wsparcia (data rozpoczęcia i zakończenia udziału w programie i we wsparciu, , rodzaj otrzymanego wsparcia) przez Administratora Danych, którym jest: Powiatowy Ośrodek Koordynacyjno-Rehabilitacyjno-Opiekuńczy ul. R. W. Pileckiego 3, 58-100 Świdnica

Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Programu „Za Życiem”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych. Wyrażam także zgodę na przekazywanie moich danych innym podmiotom (jeśli zachodzi taka potrzeba) w związku z realizacją ww. celu

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS rodzica/prawnego opiekuna uczestnika programu