**Oświadczenie dot. zgłoszenia do programu**

**„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”**

**w celu rozeznania potrzeb**

**I. Dane uczestnika:**

1. Imię i nazwisko: …………………………...................................................………….......………………………………………….

2. Telefon kontaktowy: ……………………………..………………………………………………….……………………………………………………..

3. Grupa/stopień niepełnosprawności: ………………………………………………………………………………………………………………………………………

4. Czy posiada Pan/i niepełnosprawność sprzężoną:

1) tak [ ]  2) nie [ ]

5. Kto ma wskazać asystenta osoby niepełnosprawnej?

1). wskażę sam/a asystenta osoby niepełnosprawnej [ ]

2) chcę, aby asystenta osoby niepełnosprawnej wskazał PCPR [ ]

6. Czy będzie chciał/a Pan/i uczestniczyć w wydarzeniach kulturalnych, rozrywkowych, sportowych lub społecznych?

1) tak [ ]  2) nie [ ]

**Klauzula informacyjna – Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej**

Zgodnie z 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zgorzelcu,  59-900 Zgorzelec, ul. Bohaterów II Armii Wojska Polskiego 8, e-mail: pcpr@powiat.zgorzelec.pl.
2. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail: iod@powiat.zgorzelec.pl.
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest rozeznanie potrzeb na usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej na terenie powiatu zgorzeleckiego w ramach programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”.
4. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit e RODO w związku z wykonaniem zadania realizowanego w interesie publicznym, na podstawie art. 9 ust. 2 lit. g RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym wynikającym z programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej’’.
5. Dane osobowe będą przechowywane do końca 2023 r.
6. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa oraz podmioty, z którymi Administrator zawarł umowy powierzenia w zakresie usług IT, strony www.
7. Ma Pani/Pan prawo do: dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, uzyskania ich kopii, prawo do ograniczenia ich przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl).
8. Ponadto ma Pan/Pani prawo do wniesienia sprzeciwu co do przetwarzania danych, a administratorowi nie wolno już przetwarzać tych danych osobowych, chyba że wykaże on istnienie ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
9. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału rozeznaniu potrzeb na usługi asystenta.

Miejscowość ………………………………., data ………………. ..…………………………………………………………………….

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)