Ankieta rekrutacyjna do pilotażowego programu „Rehabilitacja 25 plus”   
finansowanego ze środków PFRON realizowanego przez Zespół Placówek Edukacyjno-Terapeutycznych w Bobrowie

**Dane uczestnika projektu:**

Imię i nazwisko …………………………………………………………………………………………………...

Data i miejsce urodzenia …………………………………………………………………..........

Adres zamieszkania………………………………………………………………………...........

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

Telefon kontaktowy …………………………………………………………………………….

**Dane dotyczące spełnienia kryteriów :***\*zaznacz właściwą odpowiedź*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data ukończenia szkoły/ośrodka** | 2016 | | |  | |
| 2017 | | |  | |
| 2018 | | |  | |
| 2019 | | |  | |
| **Nazwa szkoły/ośrodka - miejscowość** | Ośrodek Rewalidacyjno-Edukacyjno-Wychowawczy w ………………………………………………………………………………………… | | | |  |
| Ośrodek Rewalidacyjno-Wychowawczy w…………………………………………………………………………………….. | | | |  |
| Szkoła Przysposabiająca do Pracy w……………………………………………………………………………………… | | | |  |
| Inna placówka edukacyjna ……………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | |  |
| **Jestem osobą samodzielnie poruszającą się** | Tak |  | Nie | |  |
| **Wymagam stałej opieki i pielęgnacji, w tym w utrzymaniu higieny osobistej** | Tak |  | Nie | |  |
| **UWAGI:** |  | | | | |

Oświadczam, że nie jestem osobą pracującą i nie jestem objęty/ta rehabilitacją społeczną w placówkach dziennej aktywności (np. Warsztaty Terapii Zajęciowej, środowiskowe domy samopomocy, itp.)

…………………………………… ……………………………………  
miejscowość/data czytelny podpis uczestnika/  
 opiekuna prawnego

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY**

**NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Ja, niżej podpisana(y) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(imię i nazwisko)* niniejszym oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego podopiecznego w postaci powyższych informacji.

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE L 119, s. 1)

Zostałam(em) poinformowana (y) i przyjmuję do wiadomości, iż :

1. Administratorem podanych danych osobowych jest Zespół Placówek Edukacyjno- Terapeutycznych w Bobrowie reprezentowanym przez Dyrektora – Krystiana Ignacaka, Bobrowo 7 e-mail: [sekretariat@zpetbobrowo.dlaedu.pl](mailto:sekretariat@zpetbobrowo.dlaedu.pl), tel. 94 36 71 463.
2. Funkcję Inspektora Ochrony Danych w Zespole Placówek Edukacyjno- Terapeutycznych w Bobrowie pełni p. Magdalena Jóźwiak, adres e-mail: [i](mailto:i)od@powiatdrawski.pl
3. Podane dane osobowe będą na podstawie niniejszej zgody przetwarzane przez administratora i PFRON przez okres realizacji pilotażowego Programu „Rehabilitacja 25 plus” finansowanego ze środków PFRON oraz okres niezbędny określony przez odpowiednie przepisy prawa.
4. Dane nie będą udostępniane podmiotom innym niż upoważnione na podstawie stosownych przepisów prawa.
5. Przysługuje mi prawo żądania dostępu do podanych przeze mnie danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.
6. Ponadto, przysługuje mi prawo do cofnięcia wyrażonej zgody w dowolnym momencie. Powyższe nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie wyrażonej przeze mnie zgody przed jej cofnięciem.
7. Dodatkowo, przysługuje mi prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego jeżeli uznam, że podane przeze mnie dane osobowe przetwarzane są niezgodnie z przepisami obowiązującego prawa.
8. Podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne, przy czym niezbędne do prowadzenia rehabilitacji zawodowej i społecznej wobec uczestnika, którego dane dotyczą.
9. Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.

…………………………………………………

(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)