
Projekt „Program wsparcia osób niesamodzielnych i wykluczonych społecznie w gminie Sadowie”
współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE

Ja niżej podpisany/a
(imię i nazwisko)

zamieszkały/a
.....
(adres zamieszkania)

Nr PESEL

1. Deklaruję uczestnictwo w projekcie pt. „**Program wsparcia osób niesamodzielnych i wykluczonych społecznie w gminie Sadowie**” realizowanym przez Gminę Sadowie. Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, Działanie RPSW.09.02.00 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych; Poddziałanie RPSW.09.02.01 Rozwój wysokiej jakości usług społecznych
2. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych na potrzeby projektu.
3. Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt „**Program wsparcia osób niesamodzielnych i wykluczonych społecznie w gminie Sadowie**” jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
4. Oświadczam, że upoważniam Gminę Sadowie i wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych (zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j.Dz. U. 2018 poz 1000) w celu monitoringu, kontroli i ewaluacji Projektu.
5. Świadomy(a) odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w deklaracji uczestnictwa są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu

.....
(Podpis rodzica / opiekuna prawnego*)

* W przypadku osoby niepełnoletniej lub o ograniczonej zdolności do czynności prawnych (np. ubezwłasnowolnionej, niesamodzielnej)

1. Oświadczenie uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych
2. Oświadczenie uczestnika projektu o niekorzystaniu z tego samego typu wsparcia
3. Oświadczenie uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na upowszechnianie wizerunku

**Projekt „Program wsparcia osób niesamodzielných i wykluczonych społecznie w gminie Sadowie”
współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego**

Załącznik 1 Oświadczenie uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „*Program wsparcia osób niesamodzielných i wykluczonych społecznie w gminie Sadowie*” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego dla zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, mający siedzibę przy Al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce;
- 2) administratorem moich danych osobowych jest Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego dla zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, z siedzibą w Warszawie, przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
- 3) Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ), w szczególności:
 - a) udzielenia wsparcia,
 - b) potwierdzenia kwalifikowalności wydatków,
 - c) monitoringu,
 - d) ewaluacji,
 - e) kontroli,
 - f) audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje,
 - g) sprawozdawczości,
 - h) rozliczenia projektu,
 - i) zachowania trwałości projektu,
 - j) archiwizacji.
- 4) Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dalej RODO – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ 2014-2020)
- 5) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, beneficjentowi realizującemu projekt - Gminie Sadowie, Sadowie 86, 27-580 Sadowie oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu
(nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym

**Projekt „Program wsparcia osób niesamodzielnych i wykluczonych społecznie w gminie Sadowie”
współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego**

realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie IZ kontrole w ramach RPOWŚ 2014 - 2020;

- 6) Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów o których mowa w pkt. 2, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
- 7) Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
- 8) Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 9) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia projektu **„Program wsparcia osób niesamodzielnych i wykluczonych społecznie w gminie Sadowie”** oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
- 10) Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu

.....
(Podpis rodzica / opiekuna prawnego)*

* W przypadku osoby niepełnoletniej lub o ograniczonej zdolności do czynności prawnych (np. ubezwłasnowolnionej, niesamodzielnej)

Projekt „Program wsparcia osób niesamodzielných i wykluczonych społecznie w gminie Sadowie”
współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik 2 Oświadczenie uczestnika projektu o niekorzystaniu z tego samego typu wsparcia

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O NIEKORZYSTANIU
Z TEGO SAMEGO TYPU WSPARCIA**

Ja niżej podpisana/y nr PESEL,
pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, w związku z
przystąpieniem do projektu „*Program wsparcia osób niesamodzielných i wykluczonych społecznie w
gminie Sadowie*” realizowanym przez Gminę Sadowie (projekt jest współfinansowany przez Unię
Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Regionalny Program Operacyjny
Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, Działanie RPSW.09.02.00 Ułatwienie dostępu do
wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych; Poddziałanie RPSW.09.02.01 Rozwój wysokiej
jakości usług społecznych) **oświadczam, że nie korzystam z tego samego typu wsparcia w innych
projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu
Społecznego.**

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu

.....
(Podpis rodzica / opiekuna prawnego)*

* W przypadku osoby niepełnoletniej lub o ograniczonej zdolności do czynności prawnych (np. ubezwłasnowolnionej, niesamodzielnej)

Projekt „Program wsparcia osób niesamodzielnych i wykluczonych społecznie w gminie Sadowie”
współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik 3 Oświadczenie uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na upowszechnianie wizerunku

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY
NA UPOWSZECHNIANIE WIZERUNKU**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na upowszechnianie mojego / mojego dziecka / mojego podopiecznego (*niepotrzebne skreślić*) wizerunku w materiałach zdjęciowych, audiowizualnych i prezentacjach na potrzeby informacji i promocji Europejskiego Funduszu Społecznego zgodnie z art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu

.....
(Podpis rodzica / opiekuna prawnego)*

* W przypadku osoby niepełnoletniej lub o ograniczonej zdolności do czynności prawnych (np. ubezwłasnowolnionej, niesamodzielnej)