

**Załącznik nr 2a**  
do Regulaminu rekrutacji

**ZAŚWIADCZENIE/OŚWIADCZENIE LEKARSKIE  
W SPRAWIE NIESAMODZIELNOŚCI POTRZEBY WSPARCIA W CODZIENNYM  
FUNKCJONOWANIU KANDYDATA/KANDYDATKI  
(wzór)<sup>1</sup>**

.....  
(imię i nazwisko Kandydata/Kandydatki)

.....  
(PESEL)

Niniejszym zaświadczam, że wyżej wymieniony Kandydat/Kandydatka na uczestnika w projekcie pod nazwą „**Dom lekarstwo na codzienną samotność**”, realizowanym przez Stowarzyszenie im. Edmunda Bojanowskiego „Dobroć”, 39-200 Dębica, ul. Krakowska 15, jest osobą niesamodzielną, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia, w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

.....  
Miejscowość i data

.....  
**podpis i pieczęć LEKARZA**

<sup>1</sup> Dopuszcza się złożenie zaświadczenia na innym druku pod warunkiem zachowania tożsamy zapisów.

**Załącznik nr 2a**  
do Regulaminu rekrutacji

**OŚWIADCZENIE O MIEJSCU ZAMIESZKANIA KNDYDATA/KANDYDATKI**

.....  
(imię i nazwisko Kandydata/Kandydatki)

.....  
(PESEL)

Uprowadzony/a o odpowiedzialności Cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym **oświadczam**, że moje miejsce zamieszkania znajduje się w:

<b>Miejscowość:</b>	
<b>Nr mieszkania:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Województwo:</b>	

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis Kandydata/ki Projektu<sup>2</sup>

<sup>2</sup> w przypadku, gdy Kandydat/ka z powodu posiadanej dysfunkcji nie jest w stanie złożyć podpisu osobiście/samodzielnie, wówczas czytelny podpis składa/ją opiekun/owie prawny/ni/ustawowy/wi/faktyczny/czni)

**Załącznik nr 3**  
do Regulaminu rekrutacji

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA/ KANDYDATKI O DOCHODZIE**

.....  
(imię i nazwisko Kandydata/Kandydatki)

.....  
(PESEL)

Uprzedzony/a o odpowiedzialności Cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, iż mój miesięczny dochód na jednego członka rodziny w moim gospodarstwie domowym wynosi: ..... zł.

Deklaruję wniesienie częściowej odpłatności za udział w projekcie, w przypadku, gdy mój dochód przekroczy 150% kryterium dochodowego pomocy społecznej (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 o pomocy społecznej

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis Kandydata/ki<sup>3</sup>

<sup>3</sup> w przypadku, gdy Kandydat/ka z powodu posiadanej dysfunkcji nie jest w stanie złożyć podpis osobiście/samodzielnie, wówczas czytelny podpis składa/ją opiekun/owie prawny/ni/ustawowy/wi/faktyczny/czni)

**Załącznik nr 4**  
do Regulaminu rekrutacji

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA/ KANDYDATKI DOŚWIADCZAJĄCEGO  
WIELOKROTNEGO WYKLUCZENIA**

.....  
(imię i nazwisko Kandydata/Kandydatki)

.....  
(PESEL)

Uprzedzony/a o odpowiedzialności Cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym **oświadczam, że jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego**, czyli wykluczenia z powodu więcej niż jeden z przesłanek, o których mowa w definicji osób lub rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, ponieważ (**właściwie oznaczyć znakiem „X”**):

- jestem osobą korzystającą lub będącą członkiem rodziny korzystającej ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą, co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej, szczególnie z powodu bezrobocia i ubóstwa
- jestem osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;
- jestem osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz członkiem rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
- jestem osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz.U. z 2014 r. poz. 382);

Projekt pn. „Dom lekarstwo na codzienną samotność” realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego

- jestem osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, młodzieżowym ośrodku socjoterapii, o których mowa w ustawie z 07.09.1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. z 2004 r. nr 256, poz.2572 z późn. zm.);
- jestem osobą z niepełnosprawnością – osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z 27.08.1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w roz. ustawy z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego(Dz.U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375, z późn. zm.);
- jestem członkiem rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością;
- jestem osobą zakwalifikowaną do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2015 r. poz. 149, z późn. zm.);
- jestem osobą niesamodzielną;
- jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;
- jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014- 2020.

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis Kandydata/ki<sup>4</sup>

<sup>4</sup> w przypadku, gdy Kandydat/ka z powodu posiadanej dysfunkcji nie jest w stanie złożyć podpis osobiście/samodzielnie, wówczas czytelny podpis składa/ją opiekun/owie prawny/ni/ustawowy/wi/faktyczny/czni)

**Załącznik nr 5**  
do Regulaminu rekrutacji

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA/ KANDYDATKI**  
**O ZNA CZNYM LUB UMIARKOWANYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI;**

.....  
(imię i nazwisko Kandydata/Kandydatki)

.....  
(PESEL)

Uprzedzony/a o odpowiedzialności Cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że (**właściwe oznaczyć „X”**):

**Jestem osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności**, tj. osobą z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.

**Jestem osobą z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności**, tj. osobą z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych.

Do oświadczenia załączam **orzeczenie lekarskie o niepełnosprawności** z dnia .....

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis Kandydata/ki<sup>5</sup>

<sup>5</sup> w przypadku, gdy Kandydat/ka z powodu posiadanej dysfunkcji nie jest w stanie złożyć podpisu osobiście/samodzielnie, wówczas czytelny podpis składa/ją opiekun/owie prawny/ni/ustawowy/wi/faktyczny/czni)

**Załącznik nr 6**  
do Regulaminu rekrutacji

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA/ KANDYDATKI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ  
SPRZĘŻONĄ LUB/I Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI**

.....  
(imię i nazwisko Kandydata/Kandydatki)

.....  
(PESEL)

Uprzedzony/a o odpowiedzialności Cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, **oświadczam**, że jestem (**właściwie oznaczyć „X”**):

- osobą z niepełnosprawnością sprzężoną
- osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobą z niepełnosprawnością intelektualną i/lub osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi;

Do oświadczenia załączam (**właściwie oznaczyć „X”**):

- orzeczenie lekarskie** o niepełnosprawnościach z dnia .....
- zaświadczenie lekarskie** potwierdzające zaburzenie psychiczne z dnia .....

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis Kandydata/ki<sup>6</sup>

<sup>6</sup> w przypadku, gdy Kandydat/ka z powodu posiadanej dysfunkcji nie jest w stanie złożyć podpis osobiście/samodzielnie, wówczas czytelny podpis składa/ją opiekun/owie prawny/ni/ustawowy/wi/faktyczny/czni)

**Załącznik nr 7**  
do Regulaminu rekrutacji

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KANDYDATKI KORZYSTAJĄCEGO  
Z PROGRAMU OPERACYJNEGO POMOC ŻYWNOŚCIOWA**

.....  
(imię i nazwisko Kandydata/Kandydatki)

.....  
(PESEL)

Uprzedzony/a o odpowiedzialności Cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, **oświadczam**, że jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa, a zakres pomocy udzielonej mi i mojej rodzinie nie powieła działań, których dana osoba lub rodzina otrzymała lub otrzymuje z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa w ramach działań towarzyszących, o których mowa w Programie Operacyjnym Pomoc Żywnościowa.

Do oświadczenia załączam **zaświadczenie** z Ośrodka Pomocy Społecznej z dnia ..... o przyznaniu pomocy w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa.

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis Kandydata/ki<sup>7</sup>

<sup>7</sup> w przypadku, gdy Kandydat/ka z powodu posiadanej dysfunkcji nie jest w stanie złożyć podpis osobiście/samodzielnie, wówczas czytelny podpis składa/ją opiekun/owie prawny/ni/ustawowy/wi/faktyczny/czni)



**Załącznik nr 8**  
do Regulaminu rekrutacji

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KANDYDATKI KTÓRY JEST OSOBĄ SAMOTNĄ**

.....  
(imię i nazwisko Kandydata/Kandydatki)

.....  
(PESEL)

Uprzedzony/a o odpowiedzialności Cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, **oświadczam** jestem osoba samotną, tj. osobą samotnie gospodarującą, niepozostającą w związku małżeńskim i nieposiadającą wstępnych ani zstępnych.

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis Kandydata/ki<sup>8</sup>

<sup>8</sup> w przypadku, gdy Kandydat/ka z powodu posiadanej dysfunkcji nie jest w stanie złożyć podpis osobiście/samodzielnie, wówczas czytelny podpis składa/ją opiekun/owie prawny/ni/ustawowy/wi/faktyczny/czni)

## Załącznik nr 9 do Regulaminu rekrutacji

### OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

**(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 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.119.1), dalej „RODO”)**

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „**Dom lekarstwo na codzienną samotność**”, **przyjmuję do wiadomości**, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych, w ramach zbioru: Regionalny Program Operacyjny Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, dalej „zbiór danych RPO WP 2014-2020” jest Zarząd Województwa Podkarpackiego - pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, z siedzibą: 35-010 Rzeszów, al. Łukasza Cieplińskiego 4.
2. Administratorem moich danych osobowych, w ramach zbioru: Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, dalej „zbiór danych CST”, jest Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, z siedzibą w: 00-926 Warszawa, ul. Wspólna 2/4.
3. Osobą wyznaczoną przez Instytucję Pośredniczącą w realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, dalej „IP WUP” – w zakresie zapewnienia zgodności przetwarzania danych osobowych jest: Inspektor Ochrony Danych - Damian Chaber; nr tel.: (17) 8509 232; e-mail: [iod@wup-rzeszow.pl](mailto:iod@wup-rzeszow.pl).
4. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu pn. „**Dom lekarstwo na codzienną samotność**”, w szczególności, w odniesieniu do:
  - 1) zbioru danych RPO WP 2014-2020: w zakresie: aplikowania o środki unijne i realizacji projektów, w szczególności potwierdzania kwalifikowalności wydatków, udzielania wsparcia uczestnikom projektów, ewaluacji, monitoringu, kontroli, audytu, sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych, w tym zapewnienie realizacji obowiązku informacyjnego dotyczącego przekazywania do publicznej wiadomości informacji o podmiotach uzyskujących wsparcie – w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, dalej „RPO WP 2014-2020”;
  - 2) zbioru danych CST, w zakresie:

Projekt pn. „Dom lekarstwo na codzienną samotność” realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego

- a) zarządzania, kontroli, audytu, sprawozdawczości i raportowania w ramach realizacji programów operacyjnych polityki spójności, finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020,
- b) zapewnienia realizacji obowiązku informacyjnego dotyczącego przekazywania do publicznej wiadomości informacji o podmiotach uzyskujących wsparcie z funduszy polityki spójności w perspektywie finansowej 2014-2020.

5. Podstawą przetwarzania danych osobowych w zakresie:

1) zbioru danych RPO WP 2014-2020 jest art. 6 ust. 1 lit. c i e oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO, w związku z przepisami:

- a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz.Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.), dalej „Rozporządzenie ogólne”;
- b) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz.U. t.j. z 2017 r., poz. 1460, z późn. zm.), „dalej ustawa wdrożeniowa”.

2) zbioru danych CST jest art. 6 ust. 1 lit. c i e oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO w związku z przepisami:

- a) Rozporządzenia ogólnego;
- b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE.L.347.470);
- c) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz.Urz.UE.L.286.1);
- d) ustawy wdrożeniowej.

6. IP WUP będzie przetwarzać następujące kategorie danych:

- 1) Kraj,
- 2) Rodzaj uczestnika,
- 3) Nazwa instytucji,
- 4) Imię,
- 5) Nazwisko,
- 6) PESEL,
- 7) NIP,

Projekt pn. „Dom lekarstwo na codzienną samotność” realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego

- 8) Płeć,
  - 9) Wiek w chwili przystępowania do projektu,
  - 10) Wykształcenie,
  - 11) Adres: Ulica, Nr budynku, Nr lokalu, Kod pocztowy, Poczta, Miejscowość, Kraj, Województwo, Powiat, Gmina,
  - 12) Nr telefonu,
  - 13) Nr faksu,
  - 14) Adres e-mail,
  - 15) Adres strony www,
  - 16) Data rozpoczęcia udziału w projekcie,
  - 17) Data zakończenia udziału w projekcie,
  - 18) Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu,
  - 19) Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia,
  - 20) Wykonywany zawód,
  - 21) Zatrudniony w (miejsce zatrudnienia),
  - 22) Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie,
  - 23) Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa,
  - 24) Rodzaj przyznanego wsparcia,
  - 25) Data rozpoczęcia udziału we wsparciu,
  - 26) Data zakończenia udziału we wsparciu,
  - 27) Data założenia działalności gospodarczej,
  - 28) Kwota przyznaných środków na założenie działalności gospodarczej,
  - 29) PKD założonej działalności gospodarczej,
  - 30) Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia,
  - 31) Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań,
  - 32) Osoba z niepełnosprawnościami,
  - 33) Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących,
  - 34) W tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu,
  - 35) Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu,
  - 36) Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej);
  - 37) Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opiszem Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020/zatwierdzonym do realizacji Rocznym Planem Działania/zatwierdzonym do realizacji wnioskiem o dofinansowanie projektu,
  - 38) Kwota wynagrodzenia,
  - 39) Numer rachunku bankowego,
  - 40) Dane konieczne do przeprowadzenia badań ewaluacyjnych wskaźników rezultatu długoterminowego określonych dla osi priorytetowych VII-IX RPO WP 2014-2020, współfinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego.
7. Zgodnie z art. 10 ustawy wdrożeniowej - Instytucja Zarządzająca RPO WP 2014-2020 powierzyła w drodze porozumienia, zadania związane z realizacją RPO WP 2014-2020:
- 1) IP WUP - Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Rzeszowie, z siedzibą: ul. Adama Stanisława Naruszewicza 11, 35-055 Rzeszów;
  - 2) Instytucji Pośredniczącej z zakresu realizacji instrumentu Zintegrowane Inwestycje Terytorialne w ramach RPO WP 2014-2020, zawiązanej w formie, o której mowa w art. 30 ust. 4 ustawy wdrożeniowej, realizującej zadania związane z przygotowaniem i wdrażaniem Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych

- w ramach RPO WP 2014-2020 - Stowarzyszeniu Rzeszowskiego Obszaru Funkcjonalnego, ul. Rynek 5, 35-064 Rzeszów, telefon kontaktowy: 17 858 14 90:
- z zastrzeżeniem zapewnienia wystarczających gwarancji wdrożenia odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych, by przetwarzanie danych w ramach ww. zbiorów danych osobowych spełniało wymogi RODO i chroniło prawa osób, których dane osobowe dotyczą.
8. IP WUP, na podstawie udzielonego przez Instytucję Zarządzającą RPO WP upoważnienia do dalszego powierzania powierzonych do przetwarzania danych osobowych, w celu prawidłowej realizacji Projektu, powierzyła jego Beneficjentowi tj. **Stowarzyszeniu im. Edmunda Bojanowskiego „Dobroć”, 39-200 Dębica, ul. Krakowska 15, tel. 014 682 22 90, e-mail: [kontakt@stowarzyszeniedobroc.pl](mailto:kontakt@stowarzyszeniedobroc.pl)** – z zastrzeżeniem zapewnienia wystarczających gwarancji wdrożenia odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych, by przetwarzanie danych w ramach ww. zbiorów danych osobowych spełniało wymogi RODO i chroniło prawa osób, których dane osobowe dotyczą oraz każdorazowego weryfikowania i dostosowania zakresu powierzonych do przetwarzania danych osobowych.
9. Beneficjent, na mocy udzielonego przez IP WUP upoważnienia do dalszego powierzania powierzonych do przetwarzania danych osobowych, w celu prawidłowej realizacji Projektu, powierzyła ich przetwarzanie:
- 1) w ramach zbioru RPO WP 2014-2020 - Partnerom Projektu ..... (Nazwa, Adres i Dane kontaktowe Partnerów) oraz podmiotom świadczącym usługi na rzecz Beneficjenta ..... (Nazwa, Adres i Dane kontaktowe tych podmiotów);
  - 2) w ramach zbioru CST - podmiotom świadczącym usługi na rzecz Beneficjenta ..... (Nazwa, Adres i Dane kontaktowe tych podmiotów), z zastrzeżeniem zapewnienia wystarczających gwarancji wdrożenia odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych, by przetwarzanie danych w ramach ww. zbiorów danych osobowych spełniało wymogi RODO i chroniło prawa osób, których dane osobowe dotyczą oraz każdorazowego weryfikowania i dostosowania zakresu powierzonych do przetwarzania danych osobowych, przy jednoczesnym braku możliwości ich dalszego powierzenia.
10. Moje dane osobowe mogą być przetwarzane w Lokalnym Systemie Informatycznym (IP WUP), przeznaczonym do obsługi procesu naboru wniosków o dofinansowanie realizacji projektów w zakresie osi priorytetowych VII-IX RPO WP 2014-2020. IP WUP powierzyła przetwarzanie danych osobowych w Lokalnym Systemie Informatycznym (LSI WUP) Wykonawcy – podmiotowi odpowiedzialnemu za rozwój/modyfikację, utrzymanie oraz wsparcie techniczne LSI WUP, pod warunkiem, że System ten będzie zapewniać adekwatny stopień bezpieczeństwa odpowiadający ryzykom związanym z przetwarzaniem danych osobowych, o którym mowa w art. 32 RODO oraz zapewnienia wdrożenia odpowiednich środków, by przetwarzanie spełniało wymogi RODO i chroniło prawa osób, których dane dotyczą. Wykonawca – podmiot, o którym mowa wyżej, może powierzyć przetwarzanie danych osobowych podmiotom świadczącym usługi na rzecz Wykonawcy – z zastrzeżeniem zapewnienia prawidłowej ochrony danych osobowych.





Projekt pn. „Dom lekarstwo na codzienną samotność” realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego

11. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjentom.
12. Moje dane mogą zostać udostępnione, m.in. podmiotom dokonującym oceny, ekspertyzy, jak również podmiotom zaangażowanym, w szczególności w: proces audytu, ewaluacji i kontroli RPO WP 2014-2020, - zgodnie z obowiązkami wynikającymi m.in. z: Rozporządzenia ogólnego i ustawy wdrożeniowej.
13. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
14. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres nie dłuższy niż 30 dni roboczych od dnia zakończenia obowiązywania okresu archiwizowania danych, o którym mowa w art. 140 ust. 1 Rozporządzenia ogólnego oraz art. 23 ust. 3 ustawy wdrożeniowej lub od dnia wygaśnięcia zobowiązań wynikających z innego przepisu prawa, w tym ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. z 2018 r., poz. 217, z późn. zm.), o ile przetwarzanie powierzonych do przetwarzania danych osobowych jest niezbędne do spełnienia obowiązku wynikającego z tego przepisu prawa.
15. Zapoznałem/am się z treścią rozdziału III RODO, dot. praw osoby, której dane dotyczą. Mam prawo do żądania dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania. Na podstawie art. 17 ust. 3 lit. b i d RODO, zgodnie z którym nie jest możliwe usunięcie danych osobowych niezbędnych, w szczególności do:
  - 1) wywiązania się z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania na mocy prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego;
  - 2) celów archiwalnych w interesie publicznym:- jak również mając na uwadze cel i podstawę prawną przetwarzania danych w ramach RPO WP 2014-2020, nie przysługuje mi prawo do usunięcia albo przenoszenia tych danych. Ponadto, mam prawo skorzystać z przysługujących jej uprawnień, o których mowa w RODO - w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania.
16. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.
17. Mam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, 00-193 Warszawa, ul. Stawki 2.
18. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.
19. W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w Projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informację nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.



Projekt pn. „Dom lekarstwo na codzienną samotność” realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego

20. W ciągu 3 miesięcy po zakończeniu udziału w Projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy.

.....  
Miejscowość i data

.....  
czytelny podpis Uczestnika Projektu<sup>9</sup>

<sup>9</sup> w przypadku, gdy Uczestnik/Uczestniczka z powodu posiadanej dysfunkcji nie jest w stanie złożyć podpis osobiście/samodzielnie, wówczas czytelny podpis składa/ją opiekun/owie prawny/ni/ustawowy/wi/faktyczny/czni)

*Projekt pn. „Dom lekarstwo na codzienną samotność” realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego*

**Załącznik nr 10**  
do Regulaminu rekrutacji

## **OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE WIZERUNKU**

.....  
(imię i nazwisko uczestnika/uczestniczki projektu)

.....  
(PESEL)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „**Dom lekarstwo na codzienną samotność**”, realizowanego w ramach Działania 7.4 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego wizerunku w celach promocyjnych związanych z realizacją projektu „**Dom lekarstwo na codzienną samotność**” oraz funkcjonowaniem Dziennego Dom Pomocy „Dom Symeona i Anny”.

W szczególności udzielam nieodwołalnego i nieodpłatnego prawa wielokrotnego wykorzystywania zdjęć z moim wizerunkiem bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzenia. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć, za pośrednictwem dowolnego medium, wyłącznie w celu zgodnym z działalnością prowadzoną przez **Stowarzyszenie im. Edmunda Bojanowskiego „Dobroć” 39-200 Dębica, ul. Krakowska 15.**

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis Uczestniczki/ka Projektu<sup>10</sup>

<sup>10</sup> w przypadku, gdy Uczestnik/Uczestniczka z powodu posiadanej dysfunkcji nie jest w stanie złożyć podpisu osobiście/samodzielnie, wówczas czytelny podpis składa/ją opiekun/owie prawny/ni/ustawowy/wi/faktyczny/czni)