

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU
OSOBA ZALEŻNA, NIEPEŁNOSPRAWNA, CHORY/CHORA

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Zespół Medycznej Opieki Domowej 2” o numerze **RPSW.09.02.03-26-0015/18** oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1) administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego 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) 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.

3) 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 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).

4) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, Beneficjentowi realizującemu projekt - Centrum Medyczne " ZDROWIE" Sp. z o.o. Sp.kom, ul. Karczówkowska 45, 25-713 Kielce oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu-*nie dotyczy. (nazwa i adres ww. podmiotów)*. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie IZ kontrole w ramach RPOWŚ 2014 – 2020.

5) 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.

6) Podanie przeze mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w projekcie.

7) 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.

8) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia projektu „Zespół Medycznej Opieki Domowej 2”, nr RPSW.09.02.03-26-0015/18 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.

9) Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

.....

Miejscowość i data

.....

Czytelny podpis uczestnika projektu*

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby zależnej/niesamodzielnej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.