

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych  
przez Realizatora programu oraz PFRON**

.....  
**imię i nazwisko**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych  
oraz danych mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy):

.....  
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez Realizatora programu tj. Powiat Milicki ul. Wojska Polskiego 38 56-300 Milicz oraz jednostkę organizacyjną Realizatora programu tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu ul. Trzebnicka 4B 56-300 Milicz oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II 13. Zostałam/em poinformowany, iż moje dane osobowe są przetwarzane i zbierane przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu ul. Trzebnicka 4B 56-300 Milicz, zgodnie z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 4.5.2016 r.). Zostałem poinformowany, że moje dane osobowe zostaną przekazane do PFRON w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych. Celem przetwarzania Pani/Pana danych jest realizacja przez Powiat Milicki programu „Aktywny samorząd” finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Dane osobowe będą przetwarzane, gdy jest to niezbędne do wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Zostałem/am poinformowany/a, że wyrażenie zgody jest dobrowolne i mogę ją w dowolnym momencie wycofać, z tym, że wycofanie zgody nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania na podstawie zgody, przed jej wycofaniem.

.....  
*Data i podpis osoby składającej oświadczenie*