

**Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział w Lublinie, z siedzibą
w Lublinie ul. Okopowa 5 lok 357 , 20-022 Lublin KRS 0000318050**

Klauzula informacyjna z art.13 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO).

Informujemy , że :

administratorem Pani/Pana danych osobowych jako uczestnika projektu jest Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział w Lublinie z siedzibą w Lublinie ul. Okopowa 5 lok 357, 20-022 Lublin, e-mail: lublin@ptsr.org.pl oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie Al. Jana Pawła II nr 13 dalej Administratorami .

Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych:

- imię i nazwisko
- Pesel
- Adres zamieszkania
- Wykształcenie
- Telefon
- Stopień i rodzaj niepełnosprawności
- Zatrudnienie
- Rejestracja w PUP
- Uczestnictwo w WTZ
- Data urodzenia

1. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą zgodnie z przesłankami art.9 ust. 2 lit. b,c,g RODO , mogą być przekazywane podmiotom i osobom zaangażowanym w realizację projektu pn: **„SIŁA MOŻLIWOŚCI” realizowanego w terminie od 01.04.2026 do 31.03.2027** finansowanego ze środków PFRON wykonującym obowiązki kontrolne , a także organom władzy publicznej a w szczególności: upoważnionym pracownikom administratora i podmiotu przetwarzającego ,podmiotom zajmującym się audytem , kontrolą, monitoringiem i sprawozdawczością.
2. podane przez Pana/Panią dane osobowe są przetwarzane w celu zawarcia i realizacji umowy o dofinansowanie projektu oraz prowadzenia związanych z tym postępowań regulowanych przepisami prawa,
3. dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim ani do państwa trzeciego,
4. posiada Pani/Pan prawo do:
 - dostępu do Pani/Pana danych osobowych ,
 - sprostowania Pani/Pana danych osobowych ,

- usunięcia Pani/Pana danych osobowych , ale tylko w sytuacji gdy przetwarzanie danych osobowych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej ,
 - ograniczenia przetwarzania Pani/Pana danych osobowych , gdy dane osobowe podlegałyby zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu,
5. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji w tym profilowaniu,
 6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat , licząc od początku roku następującego po roku zakończenia realizacji projektu , udzielanie pomocy publicznej , jak również dochodzenie roszczeń oraz okres wymagany przepisami o archiwizacji dokumentów ,
 7. Przysługuje Pani/Panu wniesienia skargi do organu nadzorczego , czyli do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych .
 8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest:
 - a/wymogiem ustawowym , gdy przetwarzanie danych osobowych następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej,
 - b/ wymogiem umownym lub warunkiem zawarcia umowy.

Konsekwencją niepodania danych osobowych może być brak możliwości realizacji umowy o dofinansowanie projektu.

**OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA- UCZESTNIKA PROJEKTU ” SIŁA MOŻLIWOŚCI”
o wyrażeniu zgody na przetwarzanie i wykorzystywanie wizerunku**

- 1. Ja niżej podpisany oświadczam** , że zapoznałem się z klauzulą informacyjną Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego Oddział w Lublinie ul. Okopowa 5 lok 357 , 20-022 Lublin, **oświadczam również , że wyrażam zgodę** na wykorzystywanie mojego wizerunku przez Administratorów lub przez inne osoby na zlecenie Administratora, publikowanie, także publikowanie wraz z wizerunkami innych osób utrwalonych w ramach realizacji projektu , poprzez rozpowszechnianie wizerunku w :
 - a) mediach elektronicznych, w szczególności na stronach internetowych;
 - b) prasie;
 - c) broszurach, ulotkach, gazetkach itp.;
- 2. Oświadczam**, że wykorzystanie wizerunku zgodnie z niniejszą zgodą nie narusza niczyich dóbr osobistych ani innych praw.
- 3. Administrator** może przenieść na inne podmioty prawo do korzystania z wizerunku na zasadach określonych w niniejszej Zgodzie, w celu promocji działań Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego Oddział w Lublinie.
- 4. Oświadczam**, że niniejszą zgodę udzielam nieodpłatnie.

OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA- UCZESTNIKA PROJEKTU „SIŁA MOŻLIWOŚCI”
o wyrażeniu zgody na przetwarzanie i wykorzystywanie danych osobowych

Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego Oddział w Lublinie ul. Okopowa 5 lok 357, 20-022 Lublin i dobrowolnie wyrażam zgodę na nieodpłatne przetwarzanie danych osobowych moich dla potrzeb wskazanych w tej klauzuli informacyjnej zgodnie z RODO. Zostałem poinformowany o prawie dostępu do swoich danych, sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania, wycofania zgody na przetwarzanie, prawie do przenoszenia danych, prawie do sprzeciwu oraz prawie do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

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

.....
(PESEL)

.....
Data i podpis uczestnika projektu