…………………………………………

 (imię i nazwisko)

…………………………………….......

…………………………………………

 (adres)

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Ja niżej podpisany, na podstawie art. 6 ust. l lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 (RODO) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora danych osobowych: Powiat Lubaczowski/Zespół Placówek im. Jana Pawła II w Lubaczowie z siedzibą: 37-600 Lubaczów, ul. Kościuszki 145, w celu realizacji projektu
w ramach Programu ,,Opieka wytchnieniowa - edycja 2021 r.”, dofinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Solidarnościowego.

Przyjmuje do wiadomości, że podanie danych jest dobrowolne, jednak nie podanie ich w zakresie wymaganym przez Administratora będzie skutkować brakiem możliwości otrzymania wsparcia w ramach projektu. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania. Ponadto oświadczam, ze zostałem poinformowany(a), iż w dowolnym momencie przysługuje mi prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych. Cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lubaczów, |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | . |  |  | . |  |  |  |  |

 |

 *dzień m-c rok*  ………............................................. *podpis składającego oświadczenie*