Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji beneficjentów ostatecznych projektu

**Oświadczenie Beneficjenta ostatecznego zadania**

**o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych**

**przez Fundację Wspólnota Nadziei**

........................................................................................

(imię i nazwisko Beneficjenta ostatecznego zadania)

..................................................................................................................................................

(adres Beneficjenta ostatecznego zadania: miejscowość, kod, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016 r., poz. 922 z późn. zm.) przez Fundację Wspólnota Nadziei z siedzibą w Więckowicach, ul. Ogrodowa 17 jako Administratora danych oraz przekazanie tychże danych osobowych do Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z siedzibą w Warszawie ul. Nowogrodzka 1/3/5 00-513 Warszawa w celach związanych z realizacją zadania pn. *„*Ku lepszej jakości życia osób z autyzmem w środowisku lokalnym*”* wykonywanego na podstawie umowy nrDPS/IV17/OZKS/2019 w wsparcie realizacji zadania publicznego realizowanego w ramach Programy Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pod nazwą: "Od zależności ku samodzielności” zawartej pomiędzy Fundacją Wspólnota Nadziei a Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Zakres przetwarzania danych obejmuje nazwisko, imiona, imiona rodziców, datę urodzenia, miejsce urodzenia, adres zamieszkania lub pobytu, numer ewidencyjny PESEL, numer telefonu, adres poczty elektronicznej. Zakres obejmuje również dane wrażliwe dotyczące stanu zdrowia.

Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Zostałem (łam) poinformowany (a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

............................................................................................

(data i podpis Beneficjenta ostatecznego zdania / opiekuna prawnego)