

## KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

**Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, zwane dalej także RODO), informuję o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych.**

- 1) Administratorem Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego/ \* danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, w Wołominie, ul. Legionów 78, 05-200 Wołomin reprezentowanym przez Dyrektora.
- 2) Dane kontaktowe inspektora ochrony danych można uzyskać pod numerem +48 22 776 44 95 lub adres e-mail: [sekretariat@pcprwołomin.pl](mailto:sekretariat@pcprwołomin.pl).
- 3) Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego\* dane osobowe przetwarzane będą w celu związanym z postępowaniem w sprawie ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO.
- 4) Odbiorcą Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego\* danych osobowych są organy lub podmioty upoważnione z mocy prawa do przetwarzania danych.
- 5) Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego\* dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 6) Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego\* dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
- 7) W związku z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie, Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego\* danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do:
  - dostępu do treści danych;
  - sprostowania (poprawiania) danych, w przypadku gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne;
  - ograniczenia przetwarzania danych;
  - przenoszenia danych;
  - sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
  - usunięcia danych osobowych (tzw. prawo do bycia zapomnianym) oraz cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.

Oświadczenie o cofnięciu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej lub elektronicznej na adres mailowy [sekretariat@pcprwołomin.pl](mailto:sekretariat@pcprwołomin.pl)

- 8) Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego\* narusza przepisy RODO;
- 9) Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest:
  - warunkiem udziału w zadaniach realizowanych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie i wynika z przepisów prawa,
  - dobrowolne, jednak niezbędne do załatwienia sprawy w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie.

Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie niemożność realizacji zadań ustawowych lub niemożność uzyskania wsparcia oferowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie.

- 10) Podane przez Pana/Panią dane osobowe będą przechowywane w formie papierowej oraz elektronicznej za pomocą Systemu Obsługi Wsparcia Finansowanego ze środków PFRON.

# OŚWIADCZENIE

## O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

**przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji  
Osób Niepełnosprawnych**

*Niniejsze oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do PCPR przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.*

.....

( imię i nazwisko oraz PESEL )

.....

( imię i nazwisko dziecka/podopiecznego\* oraz PESEL)

Zapoznałem(am) się z informacjami i pouczeniem zawartymi w niniejszej klauzuli. Przedmiotowe informacje są dla mnie zrozumiałe.

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/ podopiecznego\* przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w celach związanych z realizacją dofinansowania ze środków PFRON w ramach programu” Aktywny samorząd”.**

.....

Data i podpis osoby składającej oświadczenie

\*właściwe podkreślić