



Załącznik nr 8 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

W związku z przystąpieniem do Projektu *Po zdrowie w świętokrzyskie* oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Minister Rozwoju Regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
 - 2) podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926, ze zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
 - 3) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu *Po zdrowie w świętokrzyskie*, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (POKL);
 - 4) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej II stopnia – **Wojewódzki Urząd Pracy w Kielcach, ul. Witosa 86, 25-561 Kielce**, beneficjentowi realizującemu projekt – **Wyższa Szkoła Ekonomii, Prawa i Nauk Medycznych im. Edwarda Lipińskiego w Kielcach, ul. Jagiellońska 109A, 25-734 Kielce** w partnerstwie z **Fundacja Centrum Europy Lokalnej, ul. Paderewskiego 29/3, 25-017 Kielce** oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu -
.....(nazwa i adres ww. podmiotów).
- Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej POKL, Instytucji Wdrażającej/Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta badania ewaluacyjne w ramach POKL oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej POKL lub Instytucji Wdrażającej/Instytucji Pośredniczącej kontrole w ramach POKL;
- 5) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
 - 6) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
Miejscowość, data

.....
PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

