

ZAŁĄCZNIK nr 1B. FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

TYTUŁ PROJEKTU	„Poprawa dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych w zakresie kompleksowej opieki nad matką i dzieckiem na obszarze powiatu brzeskiego i nyskiego w województwie opolskim”
NAZWA BENEFICJENTA PROJEKTU	„FEMMINA CENTRUM MEDYCZNE MĄCZKA PASTERNOK ZIĘTEK” SPÓŁKA PARTNERSKA
NAZWA PROGRAMU OPERACYJNEGO	Regionalny Program Operacyjny Województwa Opolskiego na lata 2014 – 2020 (RPO WO 2014 - 2020)
NR I NAZWA OSI PRIORYTETOWEJ	Oś Priorytetowa VIII Integracja Społeczna
NR I NAZWA DZIAŁANIA	Działanie 8.1 – Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych

DZIECI DO LAT 2. (ZGŁASZANE PRZEZ RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO)

NR FORMULARZA:	DATA WPŁYWU:
<i>(Wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie)</i>	

UWAGA!!!

Poniższe dane proszę wypełnić odrębnie, DRUKOWANYMI LITERAMI w języku polskim we wszystkich wymaganych polach – zgodnie z zasadami opisanymi w *Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie*.

IA. DANE DZIECKA ZGŁASZANEGO DO PROJEKTU (UCZESTNIK PROJEKTU):

IMIĘ:	NAZWISKO:	
DATA URODZENIA (dzień – miesiąc – rok):	MIEJSCE URODZENIA:	
POSIADAJĄCY/A NUMER PESEL:	WIEK (W PEŁNYCH LATACH):	
ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA:		
<i>Ulica, Nr domu/lokalu</i>		
<i>Miejscowość, Kod pocztowy</i>		
GMINA:	POWIAT:	WOJEWÓDZTWO:
	<input type="checkbox"/> Brzeski <input type="checkbox"/> Nyski <input type="checkbox"/> Inny (podać)	Opolskie
	Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	

WYKSZTAŁCENIE:	
<input checked="" type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (wykształcenie średnie lub zawodowe)	<input type="checkbox"/> Policealne (osoby, które ukończyły szkołę policealną, ale bez studiów wyższych) <input type="checkbox"/> Wyższe (osoby, które posiadają wykształcenie wyższe (uzyskały tytuł licencjata, inżyniera, magistra lub doktora), także osoby, które ukończyły studia podyplomowe)
STATUT OSOBY NA RYNKU PRACY:	<input checked="" type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> W tym osoba ucząca się (uczeń/student) <input checked="" type="checkbox"/> Inne

IB. DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO DZIECKA:

IMIĘ:	NAZWISKO:
DATA URODZENIA (dzień – miesiąc – rok):	MIEJSCE URODZENIA:
POSIADAJĄCY/A NUMER PESEL:	
ADRES ZAMIESZKANIA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO DZIECKA:	
Nr domu/lokalu, ulica	
Kod pocztowy, miejscowość.....	
NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO lub ADRES E-MAIL	

II. WYBÓR FORMY WSPARCIA (zaznaczyć właściwe „X”):

- POGŁĘBIONA DIAGNOSTYKA ROZWOJU PSYCHOMOTORYCZNEGO DZIECKA - metody diagnostyczne (wybrać jedno z poniższych) tj.:**
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ocena rozwoju wg kamieni milowych; | <input type="checkbox"/> Metoda Prechtl'a; |
| <input type="checkbox"/> Monachijska Funkcjonalna Diagnostyka Rozwojowa; | <input type="checkbox"/> Skala Brazeltona. |
- NIWELOWANIA NIEPRAWIDŁOWOŚCI W ROZWOJU DZIECI DO LAT 2. (wybrać jedno lub więcej z poniższych) tj.:**
- a) PORADNICTWO MULTIDYSCYPLINARNEGO ZESPOŁU DS. ŻYWIENIA DZIECI (Wsparcie w zakresie żywienia niemowląt i małych dzieci):**
- | | | |
|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Neonatolog | <input type="checkbox"/> Neurologopeda | <input type="checkbox"/> Gastrolog |
|-------------------------------------|--|------------------------------------|
- Profilaktyczne badanie USG dzieci do lat 2 (1r.ż.-USG przeciemięczkowe lub jamy brzusznej, 2 r.ż. – USG jamy brzusznej);
- b) MOBILNY INSTRUKTAŻ REHABILITACJI DOMOWEJ:**
- Fizjoterapeuta (niwelowanie nieprawidłowości w rozwoju ruchowym);
- c) OPIEKA PSYCHOLOGICZNA DZIECI I RODZICÓW:**
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Skale Rozwoju Dzieci Bayley–II (BSID-II); | <input type="checkbox"/> Diagnostyka SI |
| <input type="checkbox"/> Karty Oceny Rozwoju Psychoruchowego (KORP); | |



III. KRYTERIA WARUNKUJĄCE UDZIAŁ W PROJEKCIE (OBLIGATORYJNE¹):

Prosimy zaznaczyć właściwe „X” przy polu „TAK” lub „NIE”:

1. Mieszkam² i/lub pracuję i/lub uczę się na terenie województwa opolskiego: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2. Jestem osobą w wieku do lat 2.: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

IV. INNE KRYTERIA (DODATKOWE³):

Prosimy zaznaczyć właściwe „X” przy polu „TAK” lub „NIE”:

1. Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, to jest:
A. Jestem osobą z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 lub uczniem/dzieckiem z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020; z niepełnosprawnością, to jest: a) osobą niepełnosprawną w rozumieniu Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r., poz. 1886, z późn. Zm.), b) osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2017r., poz. 882, z późn. Zm.), <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
B. Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
C. Jestem osobą, o której mowa w Ustawie z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, to jest osobą która: <ul style="list-style-type: none">• przebywa w pieczy zastępczej• opuszcza pieczę zastępczą• jest członkiem rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo – wychowawczych, <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
D. Jestem osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z Ustawą z dnia 26 października 1982r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. 2016, poz. 1654, z późn. Zm.), <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

¹ Spełnienie kryteriów obligatoryjnych **jest konieczne do możliwości wzięcia udziału w projekcie.**

² Zgodnie z Rozdziałem II Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. Kodeks cywilny (Dz.U. 1964r. Nr 16, poz. 93 z późn.zm.) Art. 25. Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

³ Spełnienie tych kryteriów **nie jest konieczne do możliwości wzięcia udziału w projekcie.**

E. Jestem osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym lub młodzieżowym ośrodku socjoterapii, o których mowa w Ustawie z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty (Dz.U. 2016, poz. 1943, z późn. Zm.);

TAK

NIE

F. Jestem członkiem gospodarstwa domowego sprawującym opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością,

TAK

NIE

G. Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów na lata 2014 – 2020,

TAK

NIE

H. Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ),

TAK

NIE

I. Jestem osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 Ustawy z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym, to jest:

- a) bezdomną realizującą indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
- b) uzależnioną od alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających,
- c) chorą psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego,
- d) długotrwale bezrobotną w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
- e) zwolnioną z zakładu karnego, mającą trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
- f) uchodzącą realizującym indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
- g) osobą niepełnosprawną, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,

TAK

NIE

J. Jestem osobą (lub członkiem rodziny) korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 Ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej, to jest:

- ubóstwa, sieroctwa, bezdomności, bezrobocia, niepełnosprawności,
- długotrwałej lub ciężkiej choroby, alkoholizmu lub narkomanii,
- przemocy w rodzinie, potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi,
- potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności,
- bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych,
- trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. C lub d Ustawy z dnia 12 grudnia 2013r. o cudzoziemcach,
- trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego,
- zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej,
- klęski żywiołowej lub ekologicznej,

TAK

NIE



K. Jestem osobą odbywającą karę pozbawienia wolności

TAK

NIE

2. Jestem osobą zamieszkałą w miejscowości poniżej 20.000 mieszkańców i/lub z obszarów wiejskich

TAK

NIE

V. STATUS KANDYDATA NA DZIEŃ PODPISANIA FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO

Prosimy zaznaczyć właściwe „X” (JEŻELI DOTYCZY)

- Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia
- Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań
- Osoba z niepełnosprawnościami
- Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących
 - w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu
- Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu
- Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)⁴

VI. OŚWIADCZENIA KANDYDATA/KANDYDATKI:

Oświadczam, że:

- ✓ zapoznałem/am się i akceptuję oraz zobowiązuję się do przestrzegania postanowień Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pt. **„Poprawa dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych w zakresie kompleksowej opieki nad matką i dzieckiem na obszarze powiatu brzeskiego i nyskiego w województwie opolskim”** współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Budżetu Państwa w ramach Osi Priorytetowej VIII – Integracja społeczna, Działanie 8.1 – Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020 (RPO WO 2014-2020);
- ✓ **nie korzystałem/am, nie korzystam w chwili obecnej, ani nie zamierzam skorzystać** z tego samego rodzaju wsparcia w różnych projektach w ramach Regionalnego Programu Zdrowotnego pn. Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem, w ramach Programu SSD w województwie opolskim do 2020 roku „Opolskie dla Rodziny”;
- ✓ wyrażam zgodę na nieodpłatne używanie, utrwalanie, powielanie, wykorzystywanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku/głosu/wypowiedzi przez Lidera Projektu – „FEMMINA CENTRUM MEDYCZNE MAĆZKA PASTERNOK ZIĘTEK” SPÓŁKA PARTNERSKA oraz Partnera-OPTIMA MEDYCINA S.A. dla celów działań informacyjno – promocyjnych związanych z realizacją Projektu pt. **„Poprawa dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych w zakresie**

⁴ Do kategorii osób w innej niekorzystnej sytuacji społecznej zaliczamy: osoby z wykształceniem na poziomie niższym niż podstawowe, byłych więźniów, narkomanów, osoby z obszarów wiejskich.

kompleksowej opieki nad matką i dzieckiem na obszarze powiatu brzeskiego i nyskiego w województwie opolskim”;

- ✓ zobowiązuję się do przekazania informacji na temat swojej sytuacji do 4. tygodni od daty zakończenia udziału w projekcie;
- ✓ zobowiązuje się do udziału w możliwym badaniu ewaluacyjnym;
- ✓ zobowiązuję się do wypełnienia ankiety, która mierzy satysfakcję uczestnika, po zakończeniu udziału w Projekcie;
- ✓ zobowiązuję się do wypełnienia kwestionariusza, który mierzy wzrost jakości życia dzięki interwencji EFS uczestnika projektu, który zakończy udział w Projekcie – *dotyczy wyłącznie uczestników zakwalifikowanych do grupy zagrożonych ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym.*

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego Kandydata/Kandydatki do Projektu)

OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. **„Poprawa dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych w zakresie kompleksowej opieki nad matką i dzieckiem na obszarze powiatu brzeskiego i nyskiego w województwie opolskim”**, oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych jest Minister Inwestycji i Rozwoju, z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa;
- 2) Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014-2020 jest Marszałek Województwa Opolskiego z siedzibą przy ul. Piastowskiej 14, 45-082 Opole, Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego,
- 3) Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. a i c oraz art. 9 ust. 2 lit. a i g rozporządzenia 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 (Dz. U. UE. L. 2016.119.1) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014-2020 na podstawie:

w odniesieniu do zbioru Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014-2020:

- a) art. 54 ust. 2, art. 59 ust. 1, art. 65, art. 74 ust 1 i 3, art. 115, art. 122, art. 125 ust. 2. lit d), oraz art. 125 ust 4 lit a), art. 125 ust 5 i 6 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 oraz jego załącznikiem XIII (Kryteria desygnacji) - punkt 3.A.iv;

- b) art. 5 oraz art. 19 ust. 4 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 wraz z załącznikiem I i II do tego rozporządzenia;
- c) art. 9 ust. 2, art. 22, 23, 24 i 26 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1431);

W odniesieniu do zbioru centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:

- a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające Rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego Rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
 - c) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi;
 - d) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1431);
- 4) Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu **„Poprawa dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych w zakresie kompleksowej opieki nad matką i dzieckiem na obszarze powiatu brzeskiego i nyskiego w województwie opolskim”**, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014-2020 (RPO WO);
- 5) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej – Zarząd Województwa Opolskiego z siedzibą w Opolu 45-082, ul. Piastowska 14, beneficjentowi realizującemu projekt - „FEMMINA CENTRUM MEDYCZNE MACZKA PASTERNOK ZIĘTEK” SPÓŁKA PARTNERSKA z siedzibą w Opolu 45-404, przy ul. Aleja „Solidarność” 26, Partnerowi uczestniczącemu w realizacji projektu, tj. OPTIMA MEDYCYNĄ S.A. z siedzibą w Opolu 45-864, przy ul. Niemodlińskiej 79 oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym badanie ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Zarządzającej lub innego podmiotu który zawarł porozumienie z Powierzającym lub Instytucją Zarządzającą na realizację ewaluacji. Moje dane osobowe mogą zostać również udostępnione specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Powierzającego lub Instytucji Pośredniczącej kontrole w ramach RPO WO;
- 6) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji;



- 7) Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;
- 8) W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji;
- 9) ~~W ciągu 12 miesięcy od rozpoczęcia działalności gospodarczej przekażę informację o liczbie utworzonych miejscach pracy;~~
- 10) Mam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 11) Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@miir.gov.pl oraz iod@opolskie.pl;

Dodatkowo w zakresie przetwarzania danych osobowych na podstawie rozporządzenia 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 (Dz. U. UE. L. 2016.119.1) mam prawo do:

- cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych;
- żądania od administratora dostępu do danych osobowych w zakresie danych dotyczących składającego niniejsze oświadczenie w tym ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania;
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych;
- do przeniesienia danych osobowych.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego
kandydata/kandydatki do Projektu)