



.....
(imię i nazwisko)

.....
(PESEL)

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w formularzu zgłoszeniowym z dnia....., przez Fundację Aktywnej Rehabilitacji „FAR” z siedzibą w Warszawie przy ul. Łowickiej 19 oraz przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II 13, w celach związanych z realizacją projektu „W stronę samodzielności aktywizacja społeczna i zawodowa osób niepełnosprawnych”, zgodnie ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000. Oświadczam, iż zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....
Data i podpis Uczestnika/czki Projektu