



OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA OSTATECZNEGO

Obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 oraz zgoda na przetwarzanie danych wrażliwych w zakresie zbiorów:

- 1) Uczestnicy projektów dofinansowanych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
- 2) System iPFRON+ Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Spektrum Aktywności Zawodowej” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) Administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio:
 - a. FUNDACJA POSTSCRIPTUM, ul. Gliniana 27/6, 20-616 Lublin.
 - b. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.
- 2) Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i wynika z przepisów 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanej dalej „RODO” oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781). W przypadku przetwarzania danych osobowych przez PFRON spełnione są przesłani wynikające z art. 6 ust. 1 lit. b, c i e RODO oraz z art. 9 ust. 2 lit. b, c, g RODO – dlatego też nie jest konieczne uzyskanie przez PFRON (jako administratora danych osobowych) zgody na przetwarzanie danych osobowych od beneficjentów ostatecznych projektu oraz personelu projektu. PFRON przetwarza dane ww. osób w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji projektu przez FUNDACJĘ POSTSCRIPTUM oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
- 3) Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu:
 - a. udzielenia wsparcia uczestnikom projektu z uwzględnieniem rekrutacji, działań informacyjnych, monitorowania, sprawozdawczości, ewaluacji, kontroli i audytu prowadzonych w zakresie projektu;
 - b. realizacji projektu, w szczególności potwierdzania kwalifikowalności wydatków, udzielania wsparcia uczestnikom Projektu, ewaluacji, monitoringu, kontroli, audytu, sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych, w ramach projektu;
- 4) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania:
 - a. FUNDACJA POSTSCRIPTUM, ul. Gliniana 27/6, 20-616 Lublin;
 - b. Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa;
 - c. Podmiotom, które na zlecenie FUNDACJI POSTSCRIPTUM uczestniczą w realizacji projektu;
 - d. Moje dane osobowe mogą zostać powierzone podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub kontrole i audyt, na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- 5) Moje dane osobowe będą przetwarzane zgodnie:
 - a. z przestrzeganiem praw osób, których dane dotyczą, określonych w rozdziale III RODO;
 - b. z prowadzeniem rejestru czynności przetwarzania danych osobowych (art. 30 RODO);
 - c. z zachowaniem bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych (art. 32 RODO);
 - d. z przeprowadzeniem czynności wskazanych w art. 35 ust. 1-7 RODO.
- 6) Podanie danych jest wymogiem ustawowym a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
- 7) W terminie do 6 miesięcy od zakończenia udziału w projekcie, przekażę FUNDACJI POSTSCRIPTUM dane dotyczące mojej sytuacji po opuszczeniu projektu, w tym mojego statusu na rynku pracy.
- 8) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia zadania publicznego dofinansowanego z PFRON realizowanego w ramach art. 36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
- 9) Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych.
- 10) Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 11) Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania.

Oświadczam, iż zapoznałem/-am się z treścią klauzuli informacyjnej.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Beneficjenta ostatecznego