

**Karta kwalifikacyjna**  
**uczestnika zadania publicznego pod tytułem:**  
**„Razem możemy więcej - wsparcie dla osób z niepełnosprawnością**  
**subregionu płockiego”, realizowanego w ramach zadań publicznych**  
**Województwa Mazowieckiego w obszarze**  
**„Działalność na rzecz osób niepełnosprawnych”**  
**finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji**  
**Osób Niepełnosprawnych otrzymanych za pośrednictwem**  
**Województwa Mazowieckiego**

**I. Dane osobowe**

1. Imię (imiona)

.....

2. Nazwisko

.....

3. Kontakt

.....

3a. Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych oraz kontakt  
*(wypełnić w przypadku niepełnoletniego/ ubezwłasnowolnionego uczestnika)*

.....

.....

4. Data urodzenia

.....

5. Numer PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Adres zamieszkania

.....

.....

7. Uczestnik zadania publicznego posiada aktualne orzeczenie o niepełnosprawności z tytułu:(proszę wpisać symbol przyczyny niepełnosprawności), *ksero w załączeniu*

.....

.....





## II. Decyzja realizatora zadania publicznego

Postanawia się:

- zakwalifikować i skierować uczestnika do udziału w realizacji zadania
- odmówić skierowania uczestnika do udziału w realizacji zadania, ze względu na:

.....

.....

## III. Rodzaje wsparcia na jakie zakwalifikowano uczestnika

- Indywidualne zajęcia rewalidacyjne
- Grupowe zajęcia rewalidacyjne

.....  
(data)

.....  
(podpis terapeuty)

.....  
(podpis realizatora zadania publicznego)



#### IV. Zgoda

Wyrażam zgodę na mój udział w zadaniu publicznym pn.: „Razem możemy więcej - wsparcie dla osób z niepełnosprawnością subregionu płockiego” realizowanego w ramach zadań publicznych Województwa Mazowieckiego w obszarze „Działalność na rzecz osób niepełnosprawnych” finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych pozyskanych za pośrednictwem Województwa Mazowieckiego.

.....  
Data i podpis uczestnika zadania

*\*wypełnić w przypadku niepełnoletniego/ ubezwłasnowolnionego uczestnika zadania.*

Wyrażam zgodę na uczestnictwo .....  
w zadaniu publicznym pn.: pn.: „Razem możemy więcej - wsparcie dla osób z niepełnosprawnością subregionu płockiego” realizowanego w ramach zadań publicznych Województwa Mazowieckiego w obszarze „Działalność na rzecz osób niepełnosprawnych” finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych pozyskanych za pośrednictwem Województwa Mazowieckiego

.....  
Data i podpis opiekuna prawnego





## INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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) – dalej RODO, informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest COLOR Spółdzielnia Socjalna reprezentowana przez Prezesa Tomasza Nowackiego i Wiceprezesa Marcina Groszewskiego oraz mająca siedzibę w Gąbinie, ul Kościuszki 1, 09-530 Gąbin; e-mail: colorsc@interia.pl.
2. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych e-mail: colorsc@interia.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu/celach:
  - a) wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi zgodnie z art. 6 pkt. 1 lit. e RODO;
  - b) wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze zgodnie z art. 6 pkt. 1 lit. c RODO;
  - c) realizacji zawartych umów - zgodnie z art. 6 pkt. 1 lit. b RODO;
  - d) w pozostałych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane mogą być przetwarzane na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.
4. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których mowa w pkt. 3 – odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane w celu realizacji zadania, do którego zostały zebrane, przez okres wynikający z przepisów wykonawczych do ustawy z dnia 14 lipca 1983 roku o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. z 2020 roku, poz. 164) a także przy uwzględnieniu przepisów sektorowych.
6. W związku z przetwarzaniem przez Administratora danych osobowych na podstawie RODO przysługuje Pani/Panu prawo: dostępu do treści swoich danych, do sprostowania danych, do usunięcia danych, do ograniczenia przetwarzania danych, do przenoszenia danych, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 – 193 Warszawa), gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO. Prawa te przysługują wówczas, jeżeli nie naruszają innych, obowiązujących aktów prawnych.
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem prowadzenia sprawy, przy czym podanie danych jest:
  - obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa;
  - dobrowolne, jeżeli odbywa się na podstawie Pani/Pana zgody lub ma na celu zawarcie umowy. Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości realizacji czynności urzędowych lub brak możliwości zawarcia i realizacji umowy.
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

.....  
Data i podpis uczestnika/ opiekuna prawnego

**Ponadto wyrażam zgodę na publikację wizerunku** *(imię i nazwisko uczestnika projektu)*

..... w sieci Internet w celach promocyjnych i sprawozdawczych z zadania publicznego pn. „Razem możemy więcej - wsparcie dla osób z niepełnosprawnością subregionu płockiego”. Oświadczam, że moja zgoda jest dobrowolna oraz, że zgoda może być cofnięta w każdym czasie. Cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

.....  
Data i podpis uczestnika/ opiekuna prawnego



