Projekt *„Przystań aktywności seniora” nr RPPK.08.03.00-18-0051/20,* współfinansowanego ze środkówEuropejskiego Funduszu Społecznego, realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 Priorytet VIII. Integracja społeczna, Działanie 8.3 Zwiększanie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych.

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU**

**„Przystań aktywności seniora”   
RPPK.08.03.00-18-0051/20**

Okres realizacji projektu: 01.04.2021 do 30.09.2023 r.

|  |  |
| --- | --- |
| **Data i godzina wpływu/podpis osoby przyjmującej** |  |

Prosimy o wypełnianie ankiety **PISMEM DRUKOWANYM.**

Wszystkie dokumenty muszą być kompletnie wypełnione oraz czytelnie podpisane w sposób trwały   
(np. niezmazywalny niebieski długopis)

**Do formularza niezbędne jest załączenie:**

* kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – w przypadku osób niepełnosprawnych lub innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia- w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi;
* zaświadczenie od lekarza rodzinnego lub prowadzącego na wzorze załączonym do Formularza (str.13).

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY WRAZ Z KOMPLETEM DOKUMENTÓW NALEŻY ZŁOŻYĆ:

- W DZIENNYM DOMU POMOCY W KULNIE (Kulno 104, 37-303 Kuryłówka), lub

- DROGĄ POCZTOWĄ/KURIEREM na adres Dzienny Dom Pomocy, Kulno 104, 37-303 Kuryłówka lub na adres realizatora projektu: Stowarzyszenie Wizja Sukcesu, Tajęcina 27,36-002 Trzebownisko, lub

- PRZEKAZAĆ REKRUTEROWI/KADRZE PROJEKTU DDP

### ANKIETA REKRUTACYJNA DO PROJEKTU

**„Przystań aktywności seniora”**

**DANE PODSTAWOWE:**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWISKO** |  |
| **IMIONA** |  |
| **PŁEĆ** | Kobieta Mężczyzna |
| **ADRES ZAMIESZKANIA**  **Miejscowość, nr budynku, nr lokalu, kod pocztowy, poczta** |  |
| **GMINA** |  |
| **POWIAT** |  |
| **WOJEWÓDZTWO** |  |
| **KRAJ** |  |
| **PESEL** |  |
| **WYKSZTAŁCENIE** | Niższe niż podstawowe  Podstawowe  Gimnazjalne  Ponadgimnazjalne  Policealne  Wyższe |
| **TELEFON KONTAKTOWY** |  |
| **TELEFON UPOWAŻNIONEJ OSOBY DO KONTAKTU** |  |
| **ADRES E-MAIL** |  |
| **STATUS NA RYNKU PRACY** | Osoba bierna zawodowo  Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy  Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy  Osoba pracująca (w tym własna działalność gospodarcza, rolnik) |
| **INFORMACJA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | Osoba z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności  Osoba z osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego  Nie dotyczy |

**Informacje uzupełniające wynikające z „Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020” - Szczególna sytuacja kandydata**

*(proszę zaznaczyć „x” w każdym właściwym miejscu)*

**Ja niżej podpisany/a oświadczam, że jestem:**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAK NIE**  **ODMAWIAM ODPOWIEDZI** | Osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia |
| **TAK NIE** | Osobą bezdomną lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań |
| **TAK NIE ODMAWIAM ODPOWIEDZI** | Osobą z niepełnosprawnościami |
| **TAK NIE** | Osobą przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących |
| **TAK NIE** | w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu |
| **TAK NIE** | Osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu |
| **TAK NIE**  **ODMAWIAM ODPOWIEDZI** | Osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) np. wykształceniem na poziomie podstawowym, byli więźniowie, narkomani, osoby z obszarów wiejskich. |

### ……………………………………………………… ………………………………………………………

Miejscowość, data Czytelny podpis

**PROJEKT:**

**„Przystań aktywności seniora”**

**OŚWIADCZENIE OSOBY SKŁADAJĄCEJ FORMULARZ**

**Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:**

1. Deklaruję udział w projekcie „Przystań aktywności seniora”.
2. Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego, mającego na celu określić spełnianie kryteriów do udziału w Projekcie.
3. Zapoznałem/łam się z zasadami udziału w w/w projekcie zawartymi w Regulaminie projektu   
   i zgodnie z wymogami jestem uprawniony do uczestnictwa w nim. Jednocześnie akceptuję warunki Regulaminu.
4. Zostałem poinformowany/a, że Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków budżetu państwa.
5. Nie biorę udziału w innych Projektach finansowanych ze środków Unii Europejskiej o takich samych formach wsparcia.
6. Mam świadomość, że wsparcie w ramach projektu może odbywać się w miejscowości innej od mojego miejsca zamieszkania.
7. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w Formularzu rekrutacyjnym oraz załącznikach, w tym tzw. danych wrażliwych przez Realizatora Projektu (zgodnie z Ustawą o chronię danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r.) do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, działań w ramach projektu, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Realizatora projektu z obowiązków sprawozdawczych wobec Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Rzeszowie. Moja zgoda obejmuje również przetwarzanie danych w przyszłości, pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel.
8. Jestem świadomy/a, iż złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.
9. Uprzedzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.
10. Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku w ramach realizacji Projektu.
11. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, które odbędą się w trakcie trwania Projektu.

### ……………………………………………………… ………………………………………………………

Miejscowość, data Czytelny podpis

**PROJEKT:**

**„Przystań aktywności seniora”**

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW DOSTĘPU**

Uprzedzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że: kwalifikuję się do grupy Uczestników projektu „Przystań aktywności seniora” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 Oś priorytetowa VIII Integracja społeczna Działanie 8.3. Zwiększanie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych, tj. **spełniam łącznie następujące wymogi**:

Jestem mieszkańcem jednej z wymienionych gmin: Leżajsk (gmina miejska), Leżajsk (gmina wiejska), Kuryłówka (gmina wiejska), Krzeszów (gmina wiejska), Nowa Sarzyna (miasto w gminie miejsko-wiejskiej), Nowa Sarzyna (obszar wiejski w gminie miejsko-wiejskiej).

Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (doświadczam braku możliwości wykonywania czynności dnia codziennego) (*proszę dołączyć zaświadczenie od lekarza rodzinnego lub prowadzącego na wzorze załączonym do Formularza -str.13)*

Mam powyżej 60 lat.

### ……………………………………………………… ………………………………………………………

Miejscowość, data Czytelny podpis

**OŚWIADCZENIE O OPUSZCZENIU OPIEKI INSTYTUCJONALNEJ**

**Uprzedzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że:**

Korzystam z opieki instytucjonalnej i zamierzam ją opuścić na rzecz usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej tj. Dziennym Domu Pomocy w Kulnie

Nie korzystam z opieki instytucjonalnej

### ……………………………………………………… ………………………………………………………

Miejscowość, data Czytelny podpis

**PROJEKT:**

**„Przystań aktywności seniora”**

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW PREFERENCYJNYCH**

**Uprzedzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że:**

*(proszę zaznaczyć „x” w każdym spełnianym kryterium)*

Jestem osobą, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa w ustawie z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej, tj. 1051,50 zł na osobę samotnie gospodarującą lub 792,00 zł na osobę w rodzinie.

Jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego (*zgodnie z Oświadczeniem o powodach wykluczenia, które dotyczą kandydata*).

Jestem osobą znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (*proszę dołączyć kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności*).

Jestem osobą o niepełnosprawności sprzężoną lub jestem osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym os z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (*proszę dołączyć kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub zaświadczenie lekarskie*).

Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (skrót POPŻ) a zakres wsparcia nie powiela działań, które otrzymuję lub otrzymuje moja rodzina z POPŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w POPŻ.

Jestem osobą, która nie ma zapewnionej opieki domowej.

### ……………………………………………………… ………………………………………………………

Miejscowość, data Czytelny podpis

**PROJEKT:**

**„Przystań aktywności seniora”**

**OŚWIADCZENIE O POWODACH WYKLUCZENIA, KTÓRE DOTYCZĄ KANDYDATA**

**Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że doświadczam wielokrotnego wykluczenia z uwagi na przynależność do grup osób wskazanych w rozdziale 3 pkt. 15 Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze wyłączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego** **i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020 tj.:**

Osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej

*Proszę zaznaczyć ten punkt jeżeli Pan/Pani otrzymuje pomoc społeczną lub kwalifikuje się do objęcia pomocą przynajmniej z jednego niżej wymienionego powodu. Proszę podkreślić powód.*

1) ubóstwo;

2) sieroctwo;

3) bezdomność;

4) bezrobocie;

5) niepełnosprawność;

6) długotrwała lub ciężka choroba;

7) przemocy w rodzinie lub potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi;

8) potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;

9) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;

10) trudność 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 2013 r. o cudzoziemcach.

Osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym

*Proszę zaznaczyć ten punkt jeżeli Pan/Pani należy do przynajmniej jednej z niżej wymienionej grupy. Proszę podkreślić.*

1) bezdomni realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,

2) uzależnieni od alkoholu,

3) uzależnieni od narkotyków lub innych środków odurzających,

4) chorzy psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego,

5) długotrwale bezrobotni w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,

6) zwalniani z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,

7) uchodźcy realizujący indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,

8) osoby niepełnosprawne, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, które podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym.

Osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej

Osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2018 r. poz. 969)

Osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2018 r. poz. 1457, z późn. zm.)

Osoby z niepełnosprawnością – osoby 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 uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020

Członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością

Osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

Osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;

Osoby odbywające kary pozbawienia wolności

Osoby korzystające z PO PŻ

### ……………………………………………………… ………………………………………………………

Miejscowość, data Czytelny podpis

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH,   
W TYM SZCZEGÓLNYCH KATEGORII DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a 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), zwanego dalej RODO **wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych** zawartych w złożonym przeze mnie Formularzu rekrutacyjnym oraz załącznikach do Formularza rekrutacyjnego w ramach projektu „Przystań aktywności seniora” nr RPPK.08.03.00-18-0051/20 realizowanego przez Stowarzyszenie Wizja Sukcesu współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 Priorytet VIII. Integracja społeczna, Działanie 8.3 Zwiększanie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych, przez administratora danych osobowych Stowarzyszenie Wizja Sukcesu, 36-002 Tajęcina 27, na potrzeby realizacji procesu rekrutacji do projektu, a w  przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w projekcie i zawarcia Umowy uczestnictwa w projekcie na potrzeby związane z realizacją projektu, w tym: udzielania wsparcia przewidzianego w projekcie, ewaluacji, monitoringu, sprawozdawczości, przechowywania dokumentacji związanej z realizacją projektu, oraz udostępniania jej podmiotom kontrolującym.

Jednocześnie **wyrażam zgodę na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych** tj. danych dotyczących zdrowia związanych z informacjami umieszczonymi w zaświadczeniu od lekarza rodzinnego lub prowadzącego załączonym do Formularza Rekrutacyjnego i/lub w orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności.

………………………………………………………………

*Data, czytelny podpis*

**KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

*Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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), zwane dalej RODO, Stowarzyszenie Wizja Sukcesu informuje, że:*

1. Administratorem Państwa Danych Osobowych jest Stowarzyszenie Wizja Sukcesu.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych Stowarzyszenia Wizja Sukcesu możliwy jest za pośrednictwem adresu e-mail:**wizjasukcesu@interia.pl** lub nr telefonu: 727 925 805.
3. Stowarzyszenie Wizja Sukcesu może przetwarzać Państwa dane osobowe w celach realizacji ustawowych zadań określonych przepisami obowiązującego prawa. W pozostałych przypadkach dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu związanym z przeprowadzeniem procedury rekrutacji do projektu „Przystań aktywności seniora” oraz jego realizacji zgodnie z Wnioskiem o dofinansowanie projektu, Regulaminem uczestnictwa w projekcie oraz Regulaminem konkursu nr RPPK.08.03.00-IP.01-18-050/20 ogłoszonego w ramach RPO WP na lata 2014-2020 oraz Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze rynku pracy na lata 2014-2020.
5. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO, art. 6 ust. 1 lit. b RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO - w celu niezbędnym do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy, tj. weryfikacji i oceny złożonej przez Panią/Pana Formularza Rekrutacyjnego oraz, w razie wyboru zakwalifikowania Pana/Pani do udziału w projekcie, zawarcia i wykonania Umowy uczestnictwa w projekcie, jak również na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO – w celu niezbędnym do wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze danych osobowych w związku z przeprowadzeniem procedury rekrutacji do projektu oraz, po zakwalifikowaniu Pana/Pani do udziału w projekcie i zawarcia Umowy uczestnictwa w projekcie, w związku z realizacją projektu tj. w szczególności przechowywania dokumentacji przeprowadzonej procedury rekrutacji, udzielania wsparcia przewidzianego w projekcie, ewaluacji, monitoringu, sprawozdawczości, przechowywania dokumentacji związanej z realizacją projektu, oraz udostępniania jej podmiotom kontrolującym.
6. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja projektowa, w tym związana z procedurą rekrutacji, w szczególności instytucje i podmioty uprawnione do przeprowadzania kontroli i audytów dotyczących realizacji projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej, a w przypadku zakwalifikowania Pana/Pani do udziału w projekcie i zawarcia Umowy uczestnictwa w projekcie, także podmioty upoważnione do uzyskiwania danych osobowych z mocy prawa, np. Urząd Skarbowy; Zakład Ubezpieczeń Społecznych.  Dane osobowe Klientów mogą otrzymywać w ramach prowadzenia postępowań organy publiczne – w oparciu o konkretne przepisy prawa, a także inne podmioty – zgodnie z podpisanymi umowami powierzenia im przetwarzania danych osobowych w imieniu Stowarzyszenia Wizja Sukcesu.
7. Dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich.
8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wskazany w §21 Ogólnych Warunków Realizacji Projektu tj. przez okres 2 lat od dnia 31 grudnia następującego po złożeniu do Komisji Europejskiej zestawienia wydatków, w którym ujęto ostatnie wydatki dotyczące Projektu, okres ten zostaje przerwany w przypadku wszczęcia postępowania administracyjnego lub sądowego dotyczącego wydatków rozliczonych w projekcie albo na należycie uzasadniony wniosek Komisji Europejskiej, a w przypadku dokumentów dotyczących podatku od towaru i usług – przez okres, o którym mowa w ustawie z dnia 11 marca 2004 r. o podatku i usług (Dz. U. t.j. z 2017 r., poz. 1221, z pózn. Zm.).
9. Posiada Pani/Pan:

* na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
* na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych, przy czymskorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania rekrutacyjnego ani zmianą postanowień umowy oraz nie może naruszać integralności Formularza Rekrutacyjnego oraz jego załączników;
* na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO (*prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego)*;
* w przypadku, gdy przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody, o której mowa w art. 6 ust 1 lit a RODO – Klientowi przysługuje także prawo do cofnięcia tej zgody. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
* nie przysługuje Pani/Panu:
* w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
* na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO.

1. W przypadku stwierdzenia, że przetwarzanie danych osobowych przez Stowarzyszenie Wizja Sukcesu narusza przepisy RODO – Klient ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do: **Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych** (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).
2. Obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem związanym z rekrutacją i udziałem w projekcie “Przystań aktywność seniora”; podanie danych osobowych w Formularzu rekrutacyjnym jest dobrowolne, lecz konieczne dla ważności zgłoszenia i ewentualnego zawarcia umowy udziału w projekcie.
3. Dane osobowe Klienta mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

*Zapoznałem/łam się z Klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych*

………………………………………………………………

*Data, czytelny podpis*

**PROJEKT:**

**„Przystań aktywności seniora”**

**ZAŚWIADCZENIE OD LEKARZA RODZINNEGO LUB PROWADZĄCEGO**

..............................................................  
 *(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej*  
  *numer identyfikacyjny REGON)*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

lekarza rodzinnego lub prowadzącego

W wyniku badania lekarskiego i oceny stanu zdrowia stwierdzam, że   
Pan/ Pani ……………………………………….……………………………………………….  
PESEL ………………………………………………………………………………………….  
Zamieszkały/a …………………………………………………………………………………..

jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (np. kąpanie się, ubieranie i rozbieranie, korzystanie z toalety, wstawanie z łóżka i przemieszczanie się, samodzielne jedzenie, kontrolowanie wydalania moczu i stolca)

**Jednocześnie stwierdzam, że:**

* □ wymagana jest pomoc innych osób
* □ nie ma przeciwskazań do udziału w projekcie, w tym do udziału w Dziennym Domu Pomocy

*(proszę zaznaczyć właściwe punkty)*

……………………………… ………………… …….………………………………………..…………………….

*(data) (pieczęć i podpis lekarza rodzinnego   
 lub lekarza specjalisty)*