*Załącznik 4*

*do Regulaminu Dziennego Domu Opieki Medycznej*

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Ja niżej podpisana/y

|  |
| --- |
| ………………………………………………………………… |

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy (kandydata na uczestnika projektu)

przystępując do projektu pt. *Dzienny Dom Opieki Medycznej w Krakowie* realizowanym przez Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Krakowie, który współfinansowany był ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Działanie 5.2 Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych, a w okresie trwałości finansowany jest ze środków Gminy Miejskiej Kraków

oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych obejmujących: imię, nazwisko, płeć, datę urodzenia, wiek, miejsce urodzenia, PESEL, nazwę i numer/serię dowodu tożsamości, wykształcenie, pochodzenie (obszar wiejski/miejski), adres zamieszkania (województwo, powiat, ulica, kod pocztowy, miejscowość, numer domu, numer lokalu), dane kontaktowe (adres: województwo, powiat, kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu, numer lokalu, numer telefonu kontaktowego, adres e-mail), status na rynku pracy (tj. osoba bezrobotna zarejestrowana/niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, osoba długotrwale bezrobotna, osoba bierna zawodowo, osoba pracująca), wykonywany zawód, miejsce zatrudnienia, informacje o znajdowaniu się w niekorzystnej sytuacji społecznej (tj. 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), informacji o stanie zdrowia (rozpoznanie wg ICD-10, liczba punktów w skali Barthel

i przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Zakład Opiekuńczo – Leczniczy w Krakowie, ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków.
2. Inspektorem ochrony danych w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym w Krakowie jest Pani Izabela Chemiel (tel. 12 44-67-526).
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu udzielania świadczeń w ramach projektu pn. Dzienny Dom Opieki Medycznej oraz w celu ewaluacji, monitoringu i promocji Projektu.
4. Dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust 1 pkt b rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady nr 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, tj. przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy.
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres dwóch lat od dnia 31 grudnia roku następującego po złożeniu do Komisji Europejskiej zestawienia wydatków, w którym ujęto ostateczne wydatki dotyczące zakończonego Projektu.
6. Posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. Posiadam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady nr 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.
8. Podanie danych osobowych jest warunkiem udzielenia wsparcia w Dziennym Domu Opieki Medycznej, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wzięcia udziału w projekcie.
9. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Skarb Państwa – Minister Zdrowia, 00-952 Warszawa, ul. Miodowa 15 i Gminie Miejskiej Kraków (Pl. Wszystkich Świętych 3-4, 31-004 Kraków). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane także podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Krakowie, Instytucji Pośredniczącej lub Gminy Miejskiej Kraków. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Krakowie, Instytucji Pośredniczącej lub Gminy Miejskiej Kraków kontrole i audyt w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.

………………………… ………………………………………………………………..

Miejscowość, data Podpis