**Załącznik nr 2 do umowy**

**Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2019-2020**

**I. Dane uczestnika Programu:**

Imię i nazwisko uczestnika Programu: …………………………………………..

Data urodzenia: ………………………………………….

Adres zamieszkania: ……………………………………..

Telefon: …………………………………………………

E-mail: ………………………………………………….

Stopień niepełnosprawności: □ znaczny □ umiarkowany\*

Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**II. Dane opiekuna prawnego uczestnika Programu (jeśli dotyczy):**

Imię i nazwisko opiekuna prawnego uczestnika Programu: …………………………………………..

Telefon:……………………………..

E-mail:……………………………….

**III. Oświadczenia:**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

Oświadczam, że zapoznałem/łam się (że zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020.

Miejscowość ………………………………., data ……………………………………

..…………………………………………………………………….

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenckich

………………………………………………….

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

**KLAUZULA INFORMACYJNA/KLAUZULA ZGODY**

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Prezydent Miasta Radomia
z siedzibą w Radomiu ul. Kilińskiego 30

2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – iod.kontakt@umradom.pl

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań urzędu oraz w celu realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020 na podstawie Art. 9 ust. 2 lit. a, ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa

5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną

6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, prawo do cofnięcia zgody lub ograniczenia przetwarzania

7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Urzędu Ochrony Danych Osobowych

8) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niepodanie danych może skutkować brakiem możliwości udziału w programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020

Jednocześnie zgodnie z Art. 9 ust. 2 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu udziału w programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020.

……………………………………………………………..

podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego