

FURMULARZ REKRUTACYJNY

DLA UCZESTNIKA SZKOLENIA

„ASYSTENT TURYSTYCZNY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ”



Ministerstwo
Sportu i Turystyki

1. DANE UCZESTNIKA

Imię :

Nazwisko :

Data urodzenia :

Adres zamieszkania :

Kod pocztowy, miasto :

Telefon :

E-mail :

Pełniona funkcja : Przewodnik turystyczny
 Opiekun osoby niepełnosprawnej
 Osoba zaangażowana społecznie i zainteresowana problemem aktywizacji turystycznej osób niepełnosprawnych

* Proszę zaznaczyć pełnioną funkcję znakiem X

Reprezentowana organizacja :

2. DANE DO INFORMATORA

Proszę podać dane, które zostaną opublikowane w informatorze

Dane uczestników lub reprezentowanych przez nich organizacji zostaną opublikowane w informatorze „Asystent Turystyczny Osoby Niepełnosprawnej”, który po zakończeniu cyklu szkoleń ukarze się w wersji drukowanej i elektronicznej.

Imię i nazwisko : Jak wyżej

Nazwa organizacji : Jak wyżej

Miasto : Jak wyżej

Telefon : Jak wyżej

Strona WWW :

Adres e-mail : Jak wyżej

Oświadczam, że wyrażam zgodę na opublikowanie danych zawartych w części „Dane do informatora” w publikacji książkowej i elektronicznej, mającej na celu udostępnienie danych kontaktowych do certyfikowanych Asystentów Turystycznych Osoby Niepełnosprawnej.



KARKONOSKI SEJMIK OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Ul. Osiedle Robotnicze 47A, 58-500 Jelenia Góra
tel. 75 75 24 254, e-mail: biuro@kson.pl, www.kson.pl

FURMULARZ REKRUTACYJNY

DLA UCZESTNIKA SZKOLENIA

„ASYSTENT TURYSTYCZNY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ”



Ministerstwo
Sportu i Turystyki

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA (BENEFICJENTA OSTATECZNEGO) PROJEKTU:

“Asystent Turystyczny Osoby Niepełnosprawnej”

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Asystent Turystyczny Osoby Niepełnosprawnej” (zwanym dalej „projektem”) wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych oraz szczególnych kategorii danych osobowych zawartych w dokumentach rekrutacyjnych, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a, c Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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 oraz przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest *KARKONOSKI SEJMIK OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH z siedzibą 58-500 Jelenia Góra, ul. Osiedle Robotnicze 47a*, tel. 757524254 e-mail: *biuro@kson.pl*, zwany dalej Zleceniobiorcą oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), zwany dalej Administratorem;
- 2) Zleceniobiorca oraz MSiT prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.
- 3) W przypadku przetwarzania danych osobowych przez MSiT spełnione są przesłanki wynikające z art. 6 ust.1 lit. b, i e RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b, c, g RODO – dlatego nie jest konieczne uzyskanie przez MSiT (jako administratora danych osobowych) zgody na przetwarzanie danych osobowych od Uczestników projektu. MSiT przetwarza dane osobowe ww. osób w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji projektu przez Zleceniobiorcę oraz dla celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
- 4) **podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;**
- 5) podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. a,c Rozporządzenia Parlamentu i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.
- 6) Posiada Pani/Pan prawo do:
 - żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,-
 - wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
 - przenoszenia danych,
 - wniesienia skargi do organu nadzorczego,
 - cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.
- 7) Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu,
- 8) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat.

Miejscowość i data

Czytelny podpis uczestnika

POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA DO PROJEKTU (wypełnia członek komisji rekrutacyjnej)

Potwierdzam przyjęcie beneficjenta/uczestnika do projektu “Asystent Turystyczny Osoby Niepełnosprawnej”

Miejscowość i data

Czytelny podpis osoby rekrutującej

