

KLAUZULA INFORMACYJNA RODO

w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Piwnicznej-Zdroju, ul. Bolesława Chrobrego 2, 33-350 Piwniczna-Zdrój.
2. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych oraz wykonywaniem praw przysługujących na mocy RODO można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: iodo@piwniczna.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia naboru, kwalifikacji, realizacji, rozliczenia, kontroli i sprawozdawczości Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027, finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego.
4. Podstawę prawną przetwarzania danych stanowi art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO, a w odniesieniu do danych szczególnych kategorii – art. 9 ust. 2 lit. b i g RODO, w związku z przepisami prawa i zasadami Programu.
5. Odbiorcami Pani/Pana danych mogą być podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa, w szczególności Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Wojewoda Małopolski oraz podmioty świadczące na rzecz Administratora usługi niezbędne do realizacji Programu na podstawie zawartych umów.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji i rozliczenia Programu, a następnie przez okres wynikający z przepisów o archiwizacji dokumentacji oraz zasad kontroli wykorzystania środków publicznych.
7. Przysługuje Pani/Panu – na zasadach określonych w RODO – prawo dostępu do treści danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie danych osobowych jest niezbędne do rozpatrzenia zgłoszenia i uczestnictwa w Programie. Niepodanie danych uniemożliwi przeprowadzenie kwalifikacji i udział w Programie.
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegały profilowaniu.

Miejscowość i data:

Czytelny podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego: