**Załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Funkcjonowanie Ośrodka Wsparcia Medyczno-Rehabilitacyjnego 65+ w Mieście Bytom”**

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY**

**NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Ja …………………………………………………

(Imię i Nazwisko Uczestnika/Uczestniczki Projektu)

oświadczam, że **wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych** na potrzeby realizacji, monitoringu i rozliczenia Projektu „Funkcjonowanie Ośrodka Wsparcia Medyczno-Rehabilitacyjnego 65+ w Mieście Bytom” realizowanego w ramach naboru dla działania:

9.2. Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne dla poddziałania: 9.2.3. Rozwój usług społecznych i zdrowotnych- OSI, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego – zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 z późn. zm.).

Oświadczam, że zostałem/zostałam zapoznany/zapoznana i przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Przychodnia Lekarskiej Szombierki sp. z o.o., 41-907 Bytom, ul. Orzegowska 52a.

2. Dane osobowe będą przetwarzane w celu udzielenia wsparcia Uczestnikom Projektu z uwzględnieniem rekrutacji, działań informacyjnych, monitorowania, sprawozdawczości, ewaluacji, kontroli i audytu prowadzonych w zakresie Projektu.

3. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości otrzymania wsparcia w ramach Projektu,

4. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

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

 Miejscowość, data Czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu