



DANE PERSONALNE

- 1) Imię i nazwisko:
- 2) Adres zamieszkania:.....
- 3) Stopień niepełnosprawności
- 4) Orzeczenie ważne do:.....
- 5) PESEL:.....
- 6) Telefon kontaktowy:.....
- 7) Wykształcenie :.....
- 8) Czy uczestniczy w innym programie PFRON: TAK NIE
- 9) Zatrudnienie:
 - Dziecko/Uczeń
 - Nieaktywny zawodowo (np. emeryt)
 - Zatrudniony na otwartym rynku pracy;
 - Zatrudniony w Zakładzie Aktywności Zawodowej;
 - Zatrudniony w Zakładzie Pracy Chronionej;
 - Poszukujący pracy nie zatrudniony;
 - Bezrobotny;
- 10) Rejestracja w Powiatowym Urzędzie Pracy;
 - TAK
 - NIE
- 11) Uczestnictwo w WTZ
 - TAK
 - NIE
 - Absolwent
- 12) Miejsce zamieszkania:
 - Wieś
 - Miasto do 20 tys. mieszkańców;
 - Miasto od 20 do 50 tys. mieszkańców;
 - Miasto od 50 do 100 tys. mieszkańców;
 - Miasto powyżej 100 tys. mieszkańców;
- 13) Skorzystał ze wsparcia:
 - w punkcie konsultacyjnym
 - doradztwa ze sprzętem rehabilitacyjnym
 - doradztwa prawnego
 - wsparcia psychologicznego
 - nowych technologii
 - inne

.....
(podpis)

Oświadczenie beneficjenta ostatecznego zadania o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Zleceniobiorcę oraz PFRON

Dane osobowe przekazane przez personel projektu */ beneficjentów ostatecznych zadania, realizowanego w ramach art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 2046 z późn. zm.), do Polskiego Związku Niewidomych Okręg Dolnośląski z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Grunwaldzkiej 12b oraz do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 (administratora danych) będą przetwarzane w celu realizacji „Zasad zlecania przez PFRON zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych fundacjom oraz organizacjom pozarządowym”. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy beneficjent ostateczny zadania posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia udziału w zadaniu realizowanym zgodnie z „Zasadami zlecania przez PFRON zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych fundacjom oraz organizacjom pozarządowym”.

.....
(imię i nazwisko Beneficjenta ostatecznego zadania)

.....
(adres Beneficjenta ostatecznego zadania: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Polski Związek Niewidomych Okręg Dolnośląski z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Grunwaldzkiej 12b oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II 13 (administrator danych) w celach związanych z realizacją „Zasad zlecania przez PFRON zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych fundacjom oraz organizacjom pozarządowym”, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 i nr 153, poz. 1271 oraz z 2004 r. nr 25, poz. 219 i nr 33, poz. 285) zarządza się, co następuje:). Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....
Data i podpis Beneficjenta ostatecznego zadania