



Fundacja
**Centrum
Niepełnosprawnych
Przedsiębiorców**

ul. Łukasińskiego 10, 22-300 Krasnystaw

OŚWIADCZENIE

(uwzględnia obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku ze złożeniem formularza zgłoszeniowego w Agencji Zatrudnienia Fundacji Centrum Niepełnosprawnych Przedsiębiorców

ja niżej podpisany/a

.....
(imię i nazwisko)

przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Fundacja Centrum Niepełnosprawnych Przedsiębiorców, ul. Łukasińskiego 10, 22-300 Krasnystaw, NIP 5641795384, REGON 384397646, KRS 0000803836.
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji wsparcia w ramach Agencji Zatrudnienia Fundacji Centrum Niepełnosprawnych Przedsiębiorców.
4. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione organom upoważnionym zgodnie z obowiązującym prawem.
5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia.
6. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
7. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
8. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu zakończenia udzielania wsparcia przez Agencję Zatrudnienia Fundacji Centrum Niepełnosprawnych Przedsiębiorców oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
9. Mogę skontaktować się z osobą, która odpowiada za ochronę przetwarzania danych osobowych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej kontakt@pelnosprawni.org.
10. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania jeżeli spełnione są przesłanki określone w art. 16 i 18 RODO.
11. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS¹

¹ W przypadku osoby nieposiadającej zdolności do czynności prawnych, oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

NIP 5641795384 | REGON 384397646 | KRS 0000803836
Konto: Bank Spółdzielczy w Izbicy 82 9610 0002 2008 0050 9109 0001



+48 668 233 260



kontakt@pelnosprawni.org



pelnosprawni.org