**OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU**

**O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

W związku z przystąpieniem do Projektu „Autyzm na co dzień”organizowanym przez Stowarzyszenie Przyjaciół Radomskiej Fary we współpracy z Centrum Terapeutycznym „ Oswajamy świat” s.c. współfinansowanym ze środków Fundacji PZU, oświadczam, iż zostałem(am) poinformowany(a), że:

1. administratorem danych osobowych przekazanych przez rodziców/opiekunów prawnych uczestników w/w Projektu jest Centrum Terapeutyczne „Oswajamy świat” dla dzieci ze spektrum autyzmu oraz zaburzeniami rozwoju i zachowania s.c.; ul. Staszica 28 lok. 7; 26-600 Radom;
2. moje dane osobowe będą przetwarzane w celu udzielenia wsparcia i realizacji w/w Projektu;
3. moje dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych osobowych,
4. moje dane mogą zostać udostępnione Stowarzyszeniu Przyjaciół Radomskiej Fary; ul. Rwańska 6;   
   26-600 Radom i Partnerowi Projektu - Fundacji PZU; al. Jana Pawła II 24; 00-133 Warszawa;
5. podanie danych jest dobrowolne;
6. mam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania   
   i usuwania.

…..……………………………………… ……………………………………………

MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS RODZICA/OPIEKUNA

PRAWNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum Terapeutyczne „Oswajamy świat” dla dzieci ze spektrum autyzmu oraz zaburzeniami rozwoju i zachowania s.c.; ul Staszica 28 lok.7; 26-600 Radom; przez Stowarzyszenie Przyjaciół Radomskiej Fary; ul. Rwańska 6; 26-600 Radom oraz przez Fundację PZU, al. Jana Pawła II 24; 00-133 Warszawa, w celach związanych z realizacją Projektu „Autyzm na co dzień”, zgodnie z ustawą   
z dnia 25 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych. Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

…..……………………………………… ……………………………………………

MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS RODZICA/OPIEKUNA

PRAWNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU