**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY**

**NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

W związku z przystąpieniem do Projektu **„Praca jest blisko – program aktywizacji zawodowej
w powiatach nadmorskich”** realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

* 1. administratorem moich danych osobowych jest Minister Rozwoju Regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, mający siedzibę przy ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa,
	2. podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust.2 pkt 2 ustawy
	z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 z póź. zm.),
	3. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu „Praca jest blisko – program aktywizacji zawodowej w powiatach nadmorskich”, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości
	w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki,
	4. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Szczecinie, ul. A. Mickiewicza 41, 70-383 Szczecin, Beneficjentowi realizującemu projekt - **EURO-CAPITAL Doradztwo Gospodarcze, ul. Mazurska 64A/1, 70-416 Szczecin** ~~oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - …………………………………………………………… [nazwa i adres ww. podmiotów]~~. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej PO KL, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta badania ewaluacyjne w ramach PO KL oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej PO KL lub Instytucji Pośredniczącej kontrole w ramach PO KL,
	5. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu,
	6. mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

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

 miejscowość i data czytelny podpis Uczestnika Projektu

 ………………………………………………………………………………..…..

 czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego\*

\*wymagany w przypadku, gdy Uczestnik Projektu jest osobą niepełnoletnią.