

.....
(imię i nazwisko)

Skarżysko-Kamienna, dnia

.....
(adres zamieszkania)
26-110 Skarżysko-Kamienna**Oświadczenie dobrowolnego udziału w Projekcie:
„Nowe Szanse w MOPS”***realizowanego w ramach Priorytetu VII: Promocja integracji społecznej;
poddziałanie 7.1.1. przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Skarżysku-Kamiennej***Oświadczam, że:**

- 1. Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana, iż zostałem zakwalifikowany/zakwalifikowana do udziału w projekcie współfinansowanym przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.*
- 2. Będę dobrowolnie i systematycznie uczestniczył/uczestniczyła w działaniach realizowanych w ramach Projektu.*
- 3. Dane zawarte w oświadczeniu zgodne są ze stanem prawnym i faktycznym. Zostałem/zostałam uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego. (art. 233. § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3)*
- 4. Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883) wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie danych osobowych, w tym danych wrażliwych, na potrzeby rekrutacji, realizacji, monitorowania i ewaluacji Projektu.*
- 5. Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana, że administratorem danych jest Instytucja Zarządzająca Programem Operacyjnym Kapitał Ludzki – Ministerstwo Rozwoju Regionalnego (ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa). Dane przetwarzane będą przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Skarżysku-Kamiennej (ul. Sikorskiego 19, 26-110 Skarżysko-Kamienna) na zasadzie dalszego powierzenia.*
- 6. Udzielam Miejskiemu Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Skarżysku-Kamiennej nieodwołalnego i nieodpłatnego prawa wielokrotnego wykorzystywania zdjęć i filmów z moim wizerunkiem bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania. Zgoda obejmuje wykorzystywanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć i filmów, za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu zgodnym z prowadzoną przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Skarżysku-Kamiennej działalnością.*

7. *Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych przeprowadzanych w trakcie realizacji Projektu i w okresie do 6-ciu miesięcy po jego zakończeniu.*
8. *Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o prawie dostępu do moich danych oraz ich poprawiania zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).*
9. *Przekazanie danych jest dobrowolne z zastrzeżeniem, że niepodanie danych uniemożliwi realizację celów, w jakich dane są zbierane.*
10. *Zobowiązuję się poinformować pracownika biura projektu o zmianach dotyczących danych osobowych.*

Oświadczam, że jestem pełnoletni/pełnoletnia i posiadam pełną zdolności do czynności prawnych, oraz że zapoznałem/zapoznałam się z powyższą treścią i w pełni ją rozumiem.

Imię i nazwisko

Podpis Miejscowość i data