**Deklaracja uczestnictwa w zadaniu: „Historyczne tropy II”**

**(osoby z niepełnosprawnością)**

**o**bejmuje uczestnictwo w zadaniu **„Historyczne tropy II”** w zakresie:udziału **w grze terenowej oraz w uroczystym finale zajęć,** których celem będzie odnajdywanie śladów historycznych wydarzeń w jednej z miejscowości: Krośniewice, Oporów lub Łanięta i związanych
z tą miejscowością postaci historycznych.

Proszę wybrać jedną lokalizację - zaznaczyć właściwy kwadrat znakiem X:

|  |  |
| --- | --- |
| □ | Miejsce gry terenowej i finału zajęć: **park w miejscowości Krośniewice;**Data: **27 maja 2023r. (sobota);**Godzina rozpoczęcia: **1100;** |
| □ | Miejsce gry terenowej i finału zajęć: **park otaczający Muzeum – Zamek Oporów;**Data: **03 czerwca 2023r. (sobota);**Godzina rozpoczęcia: **1100;** |
| □ | Miejsce gry terenowej i finału zajęć: **park w miejscowości Łanięta**;Data: **17 czerwca 2023r. (sobota);**Godzina rozpoczęcia: **1100.** |

Dane uczestnika zadania: .........................................................................................................................
 (imię i nazwisko osoby deklarującej przystąpienie do zadania)

Adres zamieszkania osoby z niepełnosprawnością:
Miejscowość .................................................. kod pocztowy .................... poczta ..................................
Gmina.............................Powiat...................................Województwo.....................................................
Ulica/Miejscowość ................................................................. Nr domu/mieszkania ...............................
Rodzaj/rodzaje niepełnosprawności (należy podać również kod/kody niepełnosprawności z posiadanego aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności):

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Dodatkowe informacje o potrzebach osoby z niepełnosprawnością:

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

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

Dane opiekuna prawnego (wypełnić jeżeli dotyczy):
Imię i nazwisko opiekuna prawnego
....................................................................................................................................................................
Adres zamieszkania opiekuna prawnego:

Miejscowość ................................. kod pocztowy .................... poczta .....................................................
Gmina.............................Powiat...................................Województwo.......................................................
Ulica/Miejscowość .................................................... Nr domu/mieszkania .............................................
telefon opiekuna prawnego ........................................ e-mail opiekuna prawnego…................................

• Wyrażam świadomą zgodę na udział mojego dziecka, którego dotyczy rekrutacja, w zadaniu „Historyczne tropy II”, realizowanym przez Stowarzyszenie „Stacja Autyzm”\*.

• Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że ww. zadanie jest dofinansowane ze środków finansowych Powiatu Kutnowskiego.

• Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa uczniów i osób niepełnosprawnych w zadaniu „Historyczne tropy II” i akceptuję jego warunki.

• Wyrażam zgodę na fotografowanie i bezterminowe udostępnianie mojego wizerunku/wizerunku mojego dziecka\*, uczestniczącego w zadaniu w materiałach informacyjnych i promocyjnych dotyczących realizacji zadania „Historyczne tropy II” oraz materiałach promujących działalność Stowarzyszenia „Stacja Autyzm”. Jestem świadomy/-a, że wyrażenie powyższej zgody nie wiąże się z koniecznością wypłaty mi wynagrodzenia z tytułu jej wyrażenia.

• Oświadczam, iż podane dane są zgodne z prawdą oraz że są mi znane wszelkie konsekwencje prawne i odpowiedzialność za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

\*-niepotrzebne skreślić

................................................................................................
miejscowość i data, czytelny podpis uczestnika zadania lub opiekuna prawnego uczestnika

Niniejszy formularz należy dostarczyć **w zamkniętej kopercie** z dopiskiem **„„Historyczne tropy II” osoby z niepełnosprawnością**” do **Pani Ewy Lewandowskiej**  (Koordynator zadania) lub do **Pani Katarzyny Augustynowicz** (Prezes Zarządu) do **dnia 19 maja 2023 r. do godz. 1700.**

**Celem sprawnego dostarczenia deklaracji lub potrzeby udzielenia dodatkowych wyjaśnień
oraz informacji, prosimy o wcześniejszy kontakt telefoniczny**

**Pani Ewa Lewandowska – 503 479 775,**

**Pani Katarzyna Augustynowicz – 786 917 642 (po godzinie 16.00 )**

**KLAUZULA INFORMACYJNA RODO**

**ZADANIE „HISTORYCZNE TROPY”**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE w sprawie ochrony osób fizycznych
w związku przetwarzaniem danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest realizator zadania - Stowarzyszenie „Stacja Autyzm” (zwane dalej Stowarzyszeniem), z siedzibą w Kutnie, ul. Batorego 11/13.
2. Dane osobowe są przetwarzane przez Stowarzyszenie w celu realizacji zadań statutowych wskazanych
w § 5 Statutu Stowarzyszenia „Stacja Autyzm*”* - w celu realizacji zadania „Historyczne tropy II”.
3. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest uzasadniony interes Stowarzyszenia polegający na realizacji działalności statutowej – na podstawie art. 6 ust. 1lit f RODO.
4. Państwa dane osobowe będą przetwarzane na podstawie udzielonej zgody w związku art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (tzw. RODO)
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz w przypadku organizacji wydarzeń wymagających zawarcia umowy ubezpieczenia – ubezpieczyciele, koordynator projektu, osoby wyznaczone do prowadzenia zajęć, opiekunowie, pracownicy Starostwa Powiatowego w Kutnie w związku z realizacją umowy ES.526.5.2023
o wsparcie realizacji zadania publicznego.
6. Administrator gromadzi i przetwarza następujące dane osobowe:
	1. w przypadku osób niepełnosprawnych: imię, nazwisko, miejsce zamieszkania, dane dotyczące zdrowia,
	2. w przypadku rodziców i opiekunów osób niepełnosprawnych – uczestników zadania: imię, nazwisko, miejsce zamieszkania, mail, telefon.
7. Dane osobowe będą przechowywane:
	1. w przypadku osób zakwalifikowanych do udziału w projekcie – w terminie do 5 lat od zakończenia realizacji Projektu.
	2. w przypadku osób niezakwalifikowanych do udziału w projekcie – w terminie do 2 miesięcy od zakończenia realizacji Projektu
8. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia oraz cofnięcia zgody na przetwarzanie danych, przy czym cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
9. Administrator danych nie będzie przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Dane udostępnione przez Państwo nie będą podlegały profilowaniu.
11. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak odmowa ich przekazania lub wycofanie zgody na ich przetwarzanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia udziału w zadaniu „Historyczne tropy II”.
12. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli uzna Pani/Pan,
iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy rozporządzenia o ich ochronie.

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z niniejszą klauzulą informacyjną**

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

 (imię i nazwisko – czytelnie) (podpis) (miejscowość i data)