



<b>Wypełnia osoba upoważniona przez Realizatora Usług</b>	Potwierdzenie złożenia wniosku (data wpływu)		Podpis osoby przyjmującej wniosek		NUMER IMEI OPASKI:
---	--	--	-----------------------------------	--	--------------------

**Wniosek o objęcie Uczestnika usługą Teleopieka w ramach projektu: „Przepis na Opiekę- usługi społeczne dla osób wymagających wsparcia z gm. Lądek Zdrój”.**

Szanowna Pani/Szanowny Panie,

Wypełnienie i przekazanie niniejszego formularza w zakresie danych dotyczących Pani/Pana imienia i nazwiska oraz danych kontaktowych jest niezbędne w celu właściwej realizacji usług wsparcia przez Centrum Teleopieki (dane osobowe niezbędne).

**I CZĘŚĆ- DANE OSOBOWE NIEZBĘDNE**

<b>I CZĘŚĆ – DANE UCZESTNIKA</b>  <b>(PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANY MI LITERAMI)</b>	<b>IMIĘ I NAZWISKO</b>	
	<b>PESEL (11 CYFR)</b>	
	<b>TELEFON KONTAKTOWY UŻYTKOWNIKA</b>	
	<b>E-MAIL UŻYTKOWNIKA (opcjonalnie)</b>	
	<b>ADRES STAŁEGO POBYTU UŻYTKOWNIKA</b>	ULICA: NUMER DOMU/LOKALU: KOD POCZTOWY: MIEJSCOWOŚĆ:

.....  
miejscowość, data

.....  
czytelny podpis



## **II CZĘŚĆ - OŚWIADCZENIA**

1. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na realizację usługi teleopieki, rozumiem cel usługi oraz deklaruję chęć objęcia mnie usługą teleopieki na zasadach określonych w umowie uczestnictwa, która została zawarta pomiędzy mną a HRP CARE sp. z o.o.
2. Oświadczam, iż wyrażam dobrowolnie i świadomie zgodę na kontakt ze mną ze strony Centrum Teleopieki w razie zgłoszenia przeze mnie nagłego pogorszenia zdrowia za pośrednictwem opaski bezpieczeństwa na zasadach określonych w umowie uczestnictwa, która została zawarta pomiędzy mną a HRP CARE sp. z o.o.
3. Oświadczam, iż zapoznałem/am się z klauzulami informacyjnymi stanowiącymi załącznik nr 1, załącznik nr 2 oraz załącznik nr 3 do Formularza zgłoszeniowego.

.....  
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

## **III CZĘŚĆ – DANE OSOBOWE DOBROWOLNE**

*Na obecnym etapie podanie przez Panią/Pana danych o stanie zdrowia jest dobrowolne, przy czym podanie tych danych może pomóc podnieść jakość realizowanych na Pani/Pana rzecz usług przez Centrum Teleopieki*

Wzrost.....  
Standardowe ciśnienie skurczowe.....  
Standardowe ciśnienie rozkurczowe.....



### CHOROBY UCZESTNIKA

*Poniżej proszę zaznaczyć np. zdiagnozowane, przebyte i aktualne choroby, stopień niepełnosprawności, informacje o wszczepionych urządzeniach medycznych lub wypisać inne informacje, które uzna Pani/Pan za istotne*

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Wady wrodzone serca          | <input type="radio"/> Insulinooporność                         | <input type="radio"/> Stan po zawale mięśnia sercowego |
| <input type="radio"/> Niewydolność serca           | <input type="radio"/> Zakrzepica (choroba zakrzepowo-zatorowa) | <input type="radio"/> Astma                            |
| <input type="radio"/> Niewydolność układu krążenia | <input type="radio"/> Migotanie przedsionków (arytmie)         | <input type="radio"/> POChP                            |
| <input type="radio"/> Niewydolność nerek           | <input type="radio"/> Nadciśnienie tętnicze                    | <input type="radio"/> Rozedma płuc                     |
| <input type="radio"/> Otyłość                      | <input type="radio"/> Marskość wątroby                         | <input type="radio"/> Palenie tytoniu TAK/NIE          |
| <input type="radio"/> Cukrzyca typu I              | <input type="radio"/> Depresja                                 | <input type="radio"/> Nadczynność tarczycy             |
| <input type="radio"/> Cukrzyca typu II             | <input type="radio"/> Nerwica/choroby psychiatryczne           | <input type="radio"/> Niedoczynność tarczycy           |
| <input type="radio"/> Cukrzyca LADA                | <input type="radio"/> Stan po udarze mózgu                     | <input type="radio"/> Choroba nowotworowa              |
| <input type="radio"/> Hipoglikemia reaktywna       |  | <input type="radio"/> Choroba niedokrwienności serca   |
| <input type="radio"/> Stan przedcukrzycowy         |  | <input type="radio"/> Osteoporoza                      |
| <input type="radio"/> INNE:                        |  |  |

### AKTUALNIE PRZYJMOWANE LEKI

*Poniżej proszę zaznaczyć leki przyjmowane zarówno na receptę, jak i bez recepty lub wypisać inne leki, które uzna Pani/Pan za istotne*

- |                                      |                                       |  |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Acard/Polocard | <input type="radio"/> Kalipoz         | <input type="radio"/> Roswera              |
| <input type="radio"/> Bisocard       | <input type="radio"/> Xarelto         | <input type="radio"/> Bibloc               |
| <input type="radio"/> Milurit        | <input type="radio"/> Tritace/Polpril | <input type="radio"/> Metformax/Glucophage |
| <input type="radio"/> Atoris         | <input type="radio"/> Spironol        | <input type="radio"/> Insulina             |
| <input type="radio"/> Euthyrox       | <input type="radio"/> Prestarium      | <input type="radio"/> Diuver               |
| <input type="radio"/> INNE:          |                                       |  |



## INFORMACJE DODATKOWE

*(np. kto posiada klucze do mieszkania w sytuacji nagłej, szczególne warunki mieszkaniowe)*

.....  
**miejsowość, data**

.....  
**czytelny podpis**



## **IV CZĘŚĆ - OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU W ZAKRESIE UDOSTĘPNIENIA DANYCH O STANIE ZDROWIA PRZEZ CENTRUM TELEOPIEKI SWOJEMU OPIEKUNOWI (DLA KAŻDEGO OPIEKUNA OSOBNO)**

Wyrażam zgodę na przekazywanie wszelkich informacji o stanie mojego zdrowia i samopoczucia oraz na kontaktowanie się ze strony Centrum Teleopieki ze wskazanym przeze mnie Opiekunem we wszystkich sprawach związanych ze zgłoszeniem przeze mnie nagłego pogorszenia zdrowia za pośrednictwem opaski bezpieczeństwa – można podać dane jednej lub dwóch osób mających być Opiekunami Uczestnika.

<b>NAZWISKO I IMIĘ OPIEKUNA 1</b>	
<b>NUMER TELEFONU OPIEKUNA 1</b>	
<b>ADRES E-MAIL OPIEKUNA 1 (potrzebny do założenia aplikacji)</b>	

<b>NAZWISKO I IMIĘ OPIEKUNA 2</b>	
<b>NUMER TELEFONU OPIEKUNA 2</b>	
<b>ADRES E-MAIL OPIEKUNA 2 (potrzebny do założenia aplikacji)</b>	

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis



## **V. CZĘŚĆ - OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA OTRZYMYWANIE INFORMACJI O NOWYCH PROGRAMACH**

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez HRP CARE sp. z o.o. w celach związanych z udziałem w projekcie pn. „**Przepis na Opiekę-  
usługi społeczne dla osób wymagających wsparcia z gm, Łądek Zdrój**” nr umowy FEDS.07.07-IP.02-0090/23, w ramach Priorytetu 7. Fundusze europejskie dla zatrudnienia i integracji w Dolnym Śląsku, Działania FELD.07.07 Rozwój usług społecznych i zdrowotnych, finansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021 – 2027.
- Wyrażam zgodę na przesyłanie przez HRP CARE sp. z o.o. informacji, o których mowa powyżej środkami komunikacji elektronicznej i/lub telefonicznie.
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie telefonicznych połączeń przychodzących i inicjowanych przez HRP CARE sp. z o.o. w w/w celach na numery wskazane w formularzu zgłoszeniowym.

.....  
**miejsowość, data**

.....  
**czytelny podpis**



## VI. CZĘŚĆ – ZAŁĄCZNIKI

### ZAŁĄCZNIK NR 1 DO FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO

#### Klauzula RODO dla Uczestnika

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE. L Nr 119, str. 1) – dalej określanego jako „RODO” informujemy, iż:

1. Podmioty uczestniczące w przetwarzaniu danych osobowych.

- Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego z siedzibą we Wrocławiu 50-411, al. Walońska 3-5, e-mail: [inspektor@dolnyslask.pl](mailto:inspektor@dolnyslask.pl),
- Dyrektor Dolnośląskiego Wojewódzkiego Urzędu Pracy z siedzibą w Wałbrzychu (58-306), ul. Ogrodowa 5b, ul. Wólczańska 49, tel.: 74 88 66 500, e-mail: [walbrzych@dwup.pl](mailto:walbrzych@dwup.pl);  
Pełna treść klauzuli Administratora stanowi załącznik nr 3.
- Podmiotem przetwarzającym będącym Liderem Projektu jest Gmina Łądek-Zdrój/Ośrodek Pomocy Społecznej w Łądku-Zdrój, z siedzibą pod adresem: 57-540 Łądek Zdrój, ul. Rynek 31,, NIP 9471982088, REGON 890718113;
- Podmiotem przetwarzającym będącym Partnerem Projektu jest HRP CARE sp. z o.o. z siedzibą w Łodzi, przy ul. Jana Kilińskiego 185, 90-348 Łódź, KRS: 0000456376, NIP 9471982088, REGON 10157943.
- **Podmiotem podprzetwarzającym, któremu zlecono realizację Projektu jest NOVAMA.TECH Sp. z o.o. z siedzibą w Łodzi, przy ul. Traktorowej 196, 91-218 Łódź, KRS: 0000462969, NIP 9471982355, REGON 101608108.**

2. W sprawach związanych z ochroną danych osobowych można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych: [rodo@hrp.com.pl](mailto:rodo@hrp.com.pl) bądź pisemnie na adres wskazany w pkt.1 z dopiskiem „do inspektora ochrony danych”.

3. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w ramach świadczenia usługi teleopieki oraz danych przekazanych w ramach korzystania z usług Centrum Teleopieki w związku z Pani/Pana przystąpieniem do projekt nr FEDS.07.07-IP.02-0090/23, pt. „Przepis na Opiekę – usługi społeczne dla osób wymagających wsparcia z gm. Łądek Zdrój”, realizowanego przez Gminę Łądek-Zdrój/Ośrodek Pomocy Społecznej w Łądku-Zdrój w partnerstwie z HRP CARE sp. z o.o. jest:

- a) art. 6 ust. 1 lit. a RODO, gdyż Pani/Pana dane osobowe mogą być przetwarzane w celu informowania o nowych akcjach oraz programach związanych z udzielaniem wsparcia, o ile doszło do wyrażenia przez Panią/Pana zgody na ten cel,
- b) art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO, gdyż Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu udzielenia wsparcia, a także z uwzględnieniem rekrutacji, działań



informacyjnych, monitorowania, sprawozdawczości, ewaluacji, kontroli i audytów prowadzonych w zakresie realizacji niniejszej usługi,

c) art. 9 ust. 2 lit. a, c, h RODO, gdyż Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w celu ochrony Pani/Pana zdrowia oraz życia, jak również w celu zapewnienia właściwego poziomu obsługi przez Centrum Teleopieki.

4. Podanie danych osobowych zwykłych jest niezbędne do celów realizacji usługi. Odmowa podania danych osobowych zwykłych skutkuje brakiem możliwości przyjęcia, a w tym realizacji usługi. Podanie danych o stanie zdrowia na etapie wypełnienia formularza jest dobrowolne, lecz na etapie udzielania wsparcia i świadczenia pomocy przez Centrum Teleopieki jest niezbędne celem zapewnienia Pani/Panu właściwego poziomu opieki medycznej.

5. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom uczestniczącym w realizacji świadczenia usługi teleopieki, w szczególności w celu udzielania wsparcia uczestnikom korzystającym z niniejszej usługi, ewaluacji, monitoringu, kontroli, audytu i sprawozdawczości a także podmiotom, które przetwarzają dane osobowe w celu świadczenia usług medycznych.

6. Pani/Pana dane będą przetwarzane przez okres świadczenia usługi, jak również mogą być dłużej przetwarzane w związku z okresem niezbędnym do czasu rozliczenia zadania oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji na podstawie odrębnych przepisów prawnych nakazujących przechowywanie dokumentacji z danymi osobowymi przez określony czas.

7. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być wyłącznie podmioty uprawnione na podstawie obowiązujących przepisów prawnych.

8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

9. Ma Pani/Pan prawo do:

a) dostępu do danych — uzyskania od administratora potwierdzenia, czy przetwarzane są Pani/Pan dane osobowe oraz uzyskania do nich na podstawie art. 15 RODO,

b) do sprostowania danych — żądania sprostowania dotyczących Pani/Pana danych osobowych, które są nieprawidłowe, lub uzupełnienia niekompletnych danych na podstawie art. 16 RODO,

c) do usunięcia danych — żądania usunięcia Pani/Pana danych osobowych, jeżeli administrator nie ma już podstawy prawnej do ich przetwarzania lub dane nie są już niezbędne do celów przetwarzania na podstawie art. 17 RODO,

d) do ograniczenia przetwarzania — żądania ograniczenia przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na podstawie art. 18 RODO, gdy:

- osoba, której dane dotyczą, kwestionuje prawidłowość danych osobowych — na okres pozwalający administratorowi sprawdzić prawidłowość tych danych,
- przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą, sprzeciwia się ich usunięciu, żądając ograniczenia ich wykorzystywania,
- administrator nie potrzebuje już tych danych, ale są one potrzebne osobie, której dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń,





- osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania — do czasu stwierdzenia, czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie administratora są nadrzędne wobec podstaw sprzeciwu osoby, której dane dotyczą.

10. Ma Pani/Pan prawo wnieść skargę do organu nadzoru, którym w Polsce jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie, ul. Stawki 2, z którym można kontaktować się w następujący sposób:

- 1) listownie: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa;
- 2) przez elektroniczną skrzynkę podawczą dostępną na stronie:  
<https://www.uodo.gov.pl/pl/p/kontakt>;
- 3) telefonicznie na numer kontaktowy (22) 531 03 00.

.....  
**miejsowość, data**

.....  
**czytelny podpis**

### **ZAŁĄCZNIK NR 2 DO FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO Klauzula RODO dla Opiekuna Uczestnika**

1. Podmioty uczestniczące w przetwarzaniu danych osobowych.

- Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego z siedzibą we Wrocławiu 50-411, al. Walońska 3-5, e-mail: [inspektor@dolnyslask.pl](mailto:inspektor@dolnyslask.pl),
- Dyrektor Dolnośląskiego Wojewódzkiego Urzędu Pracy z siedzibą w Wałbrzychu (58-306), ul. Ogrodowa 5b, ul. Wólczańska 49, tel.: 74 88 66 500, e-mail: [walbrzych@dwup.pl](mailto:walbrzych@dwup.pl);  
Pełna treść klauzuli Administratora stanowi załącznik nr 3.
- Podmiotem przetwarzającym będącym Liderem Projektu jest Gmina Łądek-Zdrój/Ośrodek Pomocy Społecznej w Łądku-Zdrój, z siedzibą pod adresem: 57-540 Łądek Zdrój, ul. Rynek 31, NIP 9471982088, REGON 890718113;
- Podmiotem przetwarzającym będącym Partnerem Projektu jest HRP CARE sp. z o.o. z siedzibą w Łodzi, przy ul. Jana Kilińskiego 185, 90-348 Łódź, KRS: 0000456376, NIP 9471982088, REGON 10157943.
- Podmiotem podprzetwarzającym, któremu zlecono realizację Projektu jest NOVAMA.TECH Sp. z o.o. z siedzibą w Łodzi, przy ul. Traktorowej 196, 91-218 Łódź, KRS: 0000462969, NIP 9471982355, REGON 101608108.

Pani/Pana dane osobowe zostały pozyskane od uczestnika korzystającego ze świadczenia usługi teleopieki w ramach programu realizowanego przez Jednostkę Samorządu Terytorialnego, do którego uczestnik przystąpił. W formularzu uczestnik wskazał Pani/Pana dane w postaci: Pani/Pana imienia i nazwiska, Pani/Pana numeru telefonu/adresu e-mail.

2. W sprawach związanych z ochroną danych osobowych można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych: [rodo@hrp.com.pl](mailto:rodo@hrp.com.pl) pisemnie na adres wskazany w pkt.1 z dopiskiem „do inspektora ochrony danych”.



3. Pani/Pana dane osobowe zostały pozyskane od uczestnika korzystającego ze wsparcia usługi teleopieki w ramach projektu „Przepis na Opiekę- usługi społeczne dla osób wymagających wsparcia z gm, Lądek Zdrój”, realizowanego przez realizowanego przez Gminę Lądek-Zdrój/Ośrodek Pomocy Społecznej w Lądku-Zdrój w partnerstwie z HRP CARE sp. z o.o. do którego uczestnik przystąpił. W formularzu uczestnik wskazał Pani/Pana dane w postaci: Pani/Pana imienia i nazwiska, Pani/Pana numeru telefonu/adresu e-mail.

4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez administratora danych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO - w celu realizacji obowiązku wynikającego z realizacji opieki przez Centrum Teleopieki na rzecz uczestnika korzystającego ze świadczenia usługi teleopieki.

5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania tj. w zakresie wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze przez okresy wskazane w odpowiednich przepisach prawa, zaś w zakresie prawnie uzasadnionych interesów do czasu wniesienia sprzeciwu, o ile nie wystąpią prawnie uzasadnione podstawy dalszego przetwarzania danych.

6. Pani/Pana dane osobowe mogą być ujawniane podmiotom przetwarzającym dane na zlecenie i w imieniu administratora danych na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, jak również w celu świadczenia określonych w umowie usług realizowanych na rzecz uczestnika w ramach usługi teleopieki.

7. Ma Pani/Pan prawo do:

- a) dostępu do danych — uzyskania od administratora potwierdzenia, czy przetwarzane są Pani/Pan dane osobowe oraz uzyskania do nich na podstawie art. 15 RODO,
- b) do sprostowania danych — żądania sprostowania dotyczących Pani/Pana danych osobowych, które są nieprawidłowe lub uzupełnienia niekompletnych danych na podstawie art. 16 RODO,
- c) do usunięcia danych — żądania usunięcia Pani/Pana danych osobowych, jeżeli administrator nie ma już podstawy prawnej do ich przetwarzania lub dane nie są już niezbędne do celów przetwarzania na podstawie art. 17 RODO,
- d) do ograniczenia przetwarzania — żądania ograniczenia przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na podstawie art. 18 RODO, gdy:
  - osoba, której dane dotyczą, kwestionuje prawidłowość danych osobowych — na okres pozwalający administratorowi sprawdzić prawidłowość tych danych,
  - przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą, sprzeciwia się ich usunięciu, żądając ograniczenia ich wykorzystywania,
  - administrator nie potrzebuje już tych danych, ale są one potrzebne osobie, której dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń,
  - osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania — do czasu stwierdzenia, czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie administratora są nadrzędne wobec podstaw sprzeciwu osoby, której dane dotyczą.



8. Ma Pani/Pan prawo wnieść skargę do organu nadzoru, którym w Polsce jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie, ul. Stawki 2, z którym można kontaktować się w następujący sposób:

- 1) listownie: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa;
- 2) przez elektroniczną skrzynkę podawczą dostępną na stronie:  
<https://www.uodo.gov.pl/pl/p/kontakt>;
- 3) telefonicznie na numer kontaktowy (22) 531 03 00.

9. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich ani nie będą podlegały profilowaniu.

Oświadczam, iż wiem, że w każdym momencie mogę złożyć pisemne oświadczenie o rezygnacji z pełnienia funkcji Opiekuna na adres e-mail [rodo@hrp.com.pl](mailto:rodo@hrp.com.pl) lub pocztą tradycyjną na adres siedziby Administratora, gdyż pełnienie przeze mnie tej funkcji jest w pełni dobrowolne.

.....  
**miejsowość, data**

.....  
**czytelny podpis**

### **ZAŁĄCZNIK NR 3 DO FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO Klauzula RODO Administratora**

Szanowna/y Pani/Panie,  
zgodnie z art. 14 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 (dalej zwane „RODO”) uprzejmie informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:
  - a) Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego z siedzibą we Wrocławiu 50-411, al. Walońska 3-5, e-mail: [inspektor@dolnyslask.pl](mailto:inspektor@dolnyslask.pl),
  - b) Dyrektor Dolnośląskiego Wojewódzkiego Urzędu Pracy z siedzibą w Wałbrzychu (58-306), ul. Ogrodowa 5b, ul. Wólczańska 49, tel.: 74 88 66 500, e-mail: [walbrzych@dwup.pl](mailto:walbrzych@dwup.pl).
2. Administratorzy powołali Inspektorów Ochrony Danych, z którymi można się skontaktować w sprawie przetwarzania danych osobowych pisząc na:
  - a) adres e-mail: [inspektor@dolnyslask.pl](mailto:inspektor@dolnyslask.pl) lub na adres siedziby administratora,



b) adres e-mail: [walbrzych@dwup.pl](mailto:walbrzych@dwup.pl) lub na adres siedziby administratora.

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:

realizacji projektu i jego rozliczenia, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie na Dolnym Śląsku 2021-2027, a także w celach archiwizacyjnych.

4. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w szczególności jest:

- art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO (w przypadku danych zwykłych) oraz art. 9 ust. 2 lit. g-j RODO w związku z:
  - Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającym wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej;
  - Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającym Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013;
  - ustawą z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027;
  - ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

5. Przetwarzane dane to:

Imię, nazwisko, obywatelstwo, PESEL/inny identyfikator, płeć, wiek, wykształcenie, adres, obszar według stopnia urbanizacji (DEGURBA), numer telefonu, adres e-mail, status na rynku pracy, planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia, data rozpoczęcia udziału we wsparciu, data zakończenia udziału we wsparciu, data założenia działalności gospodarczej, sytuacja po zakończeniu udziału w projekcie, status uczestnika (przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantów, obce pochodzenie, bezdomność i wykluczenie



- mieszkaniowe, niepełnosprawność), dane dotyczące zdrowia (w zależności od projektu)
6. Dane pozyskujemy bezpośrednio od osób, których one dotyczą, albo od instytucji i podmiotów zaangażowanych w realizację Programu, w tym w szczególności od Beneficjenta i Partnera.
  7. Odbiorcami/kategorią odbiorców Pani/Pana danych osobowych będą:
    - Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego;
    - podmioty, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu;
    - podmioty, wykonujące dla IZ FEDS2027/IP usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych, a także zapewnieniem łączności (np. dostawcy rozwiązań IT i operatorzy telekomunikacyjni), operatorzy pocztowi, firmy kurierskie;
    - podmioty dokonujące badań, kontroli, audytu, ewaluacji na zlecenie IZ FEDS2027 / IP w związku z realizacją programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027.
  8. Dane będą przechowywane przez okres:  
5 lat od dnia 31 grudnia roku, w którym IP dokonała ostatniej płatności na rzecz Beneficjenta. Okres, o którym mowa w zdaniu pierwszym, zostaje wstrzymany w przypadku wszczęcia postępowania prawnego albo na wniosek Komisji Europejskiej. Dokumenty dotyczące pomocy publicznej udzielanej w ramach projektu przechowywane będą przez 10 lat, licząc od dnia jej przyznania, o ile projekt dotyczy pomocy publicznej.
  9. Posiada Pani/Pan prawo do:
    - dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
    - sprostowania (poprawiania) swoich danych, jeśli są błędne lub nieaktualne;
    - usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych w przypadku wystąpienia przesłanek określonych w art. 17 i 18 RODO;
    - wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w przypadku wystąpienia przesłanek, o których mowa w art. 21 RODO;
    - przenoszenia swoich danych osobowych w sytuacji, w której przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, jeśli jej stroną jest osoba, której dane dotyczą – art. 6. ust. 1 lit. b) RODO i jednocześnie przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany<sup>1</sup>;
    - wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych Adres: Urząd Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2 00-193 Warszawa.

---

<sup>1</sup> Jeśli dotyczy