



Załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie - Szkolenia dla specjalistów ds. AAC, specjalistów ds. ETR oraz konsultantów ETR, projekt „Centrum Komunikacji dla Osób z Niepełnosprawnościami”

**Formularz zgłoszeniowy do udziału w projekcie
dla specjalistów i specjalistek ds. ETR
„Centrum Komunikacji dla Osób z Niepełnosprawnościami”**

Projekt FERS.03.05-IP.06-0001/24, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 (FERS), Działanie 3.5: Lepsza komunikacja dla osób z niepełnosprawnościami, Priorytet FERS.03: Dostępność i usługi dla osób z niepełnosprawnościami.

Zanim wypełnisz formularz zgłoszeniowy, zapoznaj się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie - Szkolenia dla specjalistów ds. AAC, specjalistów ds. ETR oraz konsultantów ETR w projekcie „Centrum Komunikacji dla Osób z Niepełnosprawnościami”. Regulamin jest dostępny na stronie: [Centrum Komunikacji – do pobrania](#)

Uzupełnij formularz na komputerze lub odręcznie (czytelnie, drukowanymi literami, długopisem z niebieskim tuszem).

Wypełnij wszystkie białe pola. Jeśli w polu trzeba wybrać odpowiedź, zaznacz ją znakiem „X” w pustym kwadracie. Podpisz się czytelnie imieniem i nazwiskiem w wyznaczonych miejscach na końcu formularza.

Data i godzina wpłynięcia formularza zgłoszeniowego¹	
Rodzaj kandydata/kandydatki	<input type="checkbox"/> indywidualny

1. KRYTERIA FORMALNE

Kandydat/kandydatka musi spełnić kryteria formalne, aby zakwalifikować się do projektu.

¹ Wypełnia Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością (w skrócie: PSONI).





1.1. Oświadczam, że mam co najmniej 18 lat – PSONI zweryfikuje to na podstawie daty urodzenia lub numeru PESEL	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
1.2 Oświadczam, że mam wykształcenie co najmniej średnie² – dołącz kopię świadectwa potwierdzającego wykształcenie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

2. KRYTERIA PREMIUJĄCE

2.1. Oświadczam, że ukończyłem/ukończyłam studia wyższe (I stopnia / II stopnia / podyplomowe) na co najmniej jednym z wymienionych kierunków – dołącz kopię dyplomu potwierdzającego wykształcenie	<input type="checkbox"/> pedagogika <input type="checkbox"/> pedagogika specjalna <input type="checkbox"/> psychologia <input type="checkbox"/> terapia zajęciowa <input type="checkbox"/> asystent osoby z niepełnosprawnością <input type="checkbox"/> koordynator dostępności
2.2. Oświadczam, że studiuję na studiach wyższych (I stopnia / II stopnia / podyplomowe) na co najmniej jednym z wymienionych kierunków i mam udokumentowane co najmniej 100 godzin praktyk z osobami z niepełnosprawnością intelektualną – dołącz zaświadczenie o statusie studenta wystawione przez uczelnię oraz zaświadczenie potwierdzające odbyte praktyki ze wskazaniem liczby godzin i miejsca praktyki, podpisane przez przedstawiciela uczelni, na której studiujesz	<input type="checkbox"/> pedagogika <input type="checkbox"/> pedagogika specjalna <input type="checkbox"/> psychologia <input type="checkbox"/> terapia zajęciowa
2.3. Oświadczam, że ukończyłem/ukończyłam szkołę policealną na kierunku terapeuta zajęciowy – dołącz kopię świadectwa potwierdzającego ukończenie szkoły policealnej	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2.4. Oświadczam, że mam co najmniej 2-letnią praktykę zawodową w pracy z osobami z niepełnosprawnością intelektualną – dołącz zaświadczenie od pracodawcy potwierdzające praktykę zawodową	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

² Szkoła ponadpodstawowa tj. czteroletnie liceum, pięcioletnie technikum lub branżowa szkoła II stopnia





2.5 Oświadczam, że odbyłem/odbyłam 100 godzin wolontariatu w pracy z osobami z niepełnosprawnością intelektualną – dołącz zaświadczenie/umowę o wolontariacie wraz z wykazem zadań podczas wolontariatu	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2.6. Oświadczam, że należę do rodziny osoby z niepełnosprawnością intelektualną (np. rodzic, rodzeństwo, opiekun prawny)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2.7. Oświadczam, że opracowałem/opracowałam już co najmniej 3 teksty łatwe do czytania i zrozumienia – dołącz opracowane teksty	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2.8. Oświadczam, że brałem/brałam udział w szkoleniu z zakresu dostępności informacyjno-komunikacyjnej – dołącz zaświadczenie potwierdzające ukończenie szkolenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2.9. Oświadczam, że brałem/brałam udział w projekcie z zakresu dostępności informacyjno-komunikacyjnej – dołącz zaświadczenie potwierdzające udział w projekcie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

3. DANE OSOBOWE KANDYDATA/KANDYDATKI

3.1. Imię (imiona)	
3.2. Nazwisko	
3.3. Data urodzenia	
3.4. PESEL	
3.5. Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa – obywatel/obywatelka kraju UE <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa – obywatel/obywatelka spoza UE / osoba bezpaństwowa <input type="checkbox"/> obywatelstwo polskie
3.6. Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
3.7. Wykształcenie	<input type="checkbox"/> średnie pierwszego stopnia lub niższe (przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum, International Standard Classification of Education 0-2, dalej ISCED)





	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne lub policealne (osoby, które ukończyły szkołę zawodową, a po 2017 roku: szkołę branżową pierwszego stopnia, liceum, technikum, liceum uzupełniające, technikum uzupełniające, liceum profilowane, szkołę branżową drugiego stopnia, szkołę policealną, ISCED 3-4) <input type="checkbox"/> wyższe (osoby, które ukończyły studia krótkiego cyklu, studia licencjackie lub inżynierskie, studia magisterskie, studia doktoranckie, ISCED 5-8)
--	---

4. ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE KANDYDATA/KANDYDATKI

4.1. Kraj	
4.2. Województwo	
4.3. Powiat	
4.4. Gmina	
4.5. Miejscowość	
4.6. Kod pocztowy	
4.7. Ulica	
4.8. Nr domu	
4.9. Nr lokalu	
4.10. Telefon	
4.11. Mejl	





5. STATUS KANDYDATA/KANDYDATKI

5.1. Osoba obcego pochodzenia (bez polskiego obywatelstwa)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
5.2. Osoba z państwa trzeciego (spoza Unii Europejskiej oraz Islandii, Norwegii i Liechtensteinu)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
5.3. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi
5.4. Osoba z doświadczeniem bezdomności lub wykluczona z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
5.5. Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi

6. STATUS KANDYDATA/KANDYDATKI NA RYNKU PRACY

6.1. Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną³ zarejestrowaną w ewidencji osób bezrobotnych	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
6.2. Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji osób bezrobotnych	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
6.3. Oświadczam, że jestem osobą długotrwale bezrobotną⁴	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

³ Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Definicja ta uwzględnia osoby zarejestrowane jako bezrobotne, nawet jeżeli nie spełniają one tych trzech kryteriów. Osoby, które mogą pójść na urlop macierzyński lub rodzicielski, a są bezrobotne, czyli nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu, są również bezrobotne. Osoby aktywnie poszukujące zatrudnienia to osoby zarejestrowane jako bezrobotne lub poszukujące pracy w publicznych służbach zatrudnienia (PSZ) lub niezarejestrowane, lecz spełniające wymienione warunki.

⁴ Osoba bezrobotna, która jest w rejestrze PUP od ponad 12 miesięcy w ostatnich 2 latach, z wyłączeniem okresów stażu i przygotowania zawodowego dorosłych.





6.4. Oświadczam, że jestem osobą bierną zawodowo⁵	<input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba ucząca się / odbywająca kształcenie <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> nie
6.5. Oświadczam, że jestem osobą pracującą	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
6.6. Oświadczam, że jako osoba pracująca zajmuję się pracą:	<input type="checkbox"/> na własny rachunek (prowadzę działalność gospodarczą) <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej (oprócz szkół i placówek systemu oświaty) <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> w mikro-, małym lub średnim przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w podmiocie wykonującym działalność leczniczą <input type="checkbox"/> w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) <input type="checkbox"/> w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) <input type="checkbox"/> w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) <input type="checkbox"/> na uczelni <input type="checkbox"/> w instytucie naukowym <input type="checkbox"/> w instytucie badawczym <input type="checkbox"/> w instytucie działającym z Sieci Badawczej Łukasiewicz <input type="checkbox"/> w międzynarodowym instytucie naukowym

⁵ Osoba, która spełnia jeden z warunków:

a) ma od 18 do 89 lat i wykonuje płatną pracę, czerpie z niej zyski lub korzyści rodzinne;

b) ma zatrudnienie, ale chwilowo nie pracuje, np. ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy naukę lub szkolenie).





	<input type="checkbox"/> dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> na rzecz państwowej osoby prawnej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> nie dotyczy
6.7. Jestem zatrudniony/zatrudniona w: (nazwa i adres miejsca pracy)	

7. RODZAJ WYBRANEGO WSPARCIA W PROJEKCIE

7.1. Jestem zainteresowany/zainteresowana udziałem w dodatkowym szkoleniu dla specjalistów i specjalistek ds. AAC	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
--	--

8. DEKLARACJA PODJĘCIA ZATRUDNIENIA W REGIONALNYM CENTRUM KOMUNIKACJI

8.1. Po tym, jak ukończę wymagane szkolenia i zdobędę odpowiednie kompetencje, chcę podjąć zatrudnienie w Regionalnym Centrum Komunikacji	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
8.2. Województwo, w którym chcę podjąć zatrudnienie w Regionalnym Centrum Komunikacji – zaznacz, jeśli odpowiedź na poprzednie pytanie to „tak”	<input type="checkbox"/> dolnośląskie <input type="checkbox"/> kujawsko-pomorskie <input type="checkbox"/> lubelskie <input type="checkbox"/> lubuskie <input type="checkbox"/> łódzkie <input type="checkbox"/> małopolskie <input type="checkbox"/> mazowieckie <input type="checkbox"/> opolskie	<input type="checkbox"/> podkarpackie <input type="checkbox"/> podlaskie <input type="checkbox"/> pomorskie <input type="checkbox"/> śląskie <input type="checkbox"/> świętokrzyskie <input type="checkbox"/> warmińsko-mazurskie <input type="checkbox"/> wielkopolskie <input type="checkbox"/> zachodniopomorskie



9. SPECJALNE POTRZEBY KANDYDATA/KANDYDATKI

9.1. Potrzebuję tłumaczenia w Polskim Języku Migowym	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
9.2. Potrzebuję zastosowania pętli indukcyjnej	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
9.3. Potrzebuję asystenta osoby z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
9.4. Potrzebuję przewodnika dla osoby mającej trudności w widzeniu	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
9.5. Potrzebuję alternatywnych form przygotowania materiałów projektowych (np. wersje elektroniczne dokumentów, wersje w druku powiększonym, wersje pisane alfabetem Braille'a, wersje w języku łatwym do czytania i zrozumienia, nagranie tłumaczenia na język migowy na nośniku elektronicznym)	<input type="checkbox"/> tak – napisz, jakich form potrzebujesz: <input type="checkbox"/> nie
9.6. Potrzebuję wydłużonego czasu wsparcia (ze względu na konieczność wolniejszego tłumaczenia na język migowy, wolne mówienie, odczytywanie komunikatów z ust, stosowanie języka łatwego do czytania i zrozumienia itp.)	<input type="checkbox"/> tak – napisz dlaczego: <input type="checkbox"/> nie
9.7. Potrzebuję innych form wsparcia	<input type="checkbox"/> tak – napisz, jakich form potrzebujesz: <input type="checkbox"/> nie

10. OŚWIADCZENIA OGÓLNE KANDYDATA/KANDYDATKI

10.1. Oświadczam, że dane w tym formularzu są prawdziwe.	<input type="checkbox"/> tak
10.2. Zapoznałem się / zapoznałam się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie - Szkolenia dla specjalistów ds. AAC, specjalistów ds. ETR oraz konsultantów ETR w projekcie „Centrum Komunikacji dla Osób z Niepełnosprawnościami”, akceptuję jego warunki i spełniam wymogi uczestnictwa w nim.	<input type="checkbox"/> tak





10.3. PSONI poinformowało mnie, że projekt współfinansuje Unia Europejska z Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027 (FERS).	<input type="checkbox"/> tak
10.4. PSONI poinformowało mnie, że złożenie formularza zgłoszeniowego nie oznacza, że zakwalifikowałem/zakwalifikowałam się do projektu.	<input type="checkbox"/> tak
10.5. Jeśli zakwalifikuję się do udziału w projekcie, nie będę prowadzić działalności komercyjnej lub niekomercyjnej, w której wykorzystabym/wykorzystałabym materiały szkoleniowe otrzymane w ramach projektu. Zobowiązuję się również, że będę przestrzegać praw autorskich do materiałów szkoleniowych.	<input type="checkbox"/> tak
10.6. PSONI poinformowało mnie, że mogę odmówić podania danych wrażliwych – o pochodzeniu etnicznym i swoim zdrowiu.	<input type="checkbox"/> tak
10.7. Jeśli nie zakwalifikuję się do projektu, nie wniosę zastrzeżeń i roszczeń do beneficjenta ani partnerów projektu.	<input type="checkbox"/> tak
10.8. Zobowiązuję się, że w ciągu 4 tygodni od zakończenia mojego udziału w projekcie przekażę informacje o swojej sytuacji, aby PSONI mogło monitorować wskaźniki rezultatu bezpośredniego, w tym nabytych kwalifikacji i kompetencji.	<input type="checkbox"/> tak
10.9. Wiem, że poniosę odpowiedzialność, jeśli złożę nieprawdziwe oświadczenia. W takiej sytuacji beneficjent oraz partnerzy projektu mogą dochodzić swojego roszczenia w powództwie cywilnym.	<input type="checkbox"/> tak

miejsowość, data, czytelny podpis kandydata/kandydatki

11. KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH

Informujemy, że:

- 1) Administratorem danych osobowych jest Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną (w skrócie: PSONI), ul. Głogowa 2b, 02-639 Warszawa (zgodnie z art. 26 RODO).
- 2) PSONI przetwarza dane osobowe, ponieważ wypełnia obowiązek prawny administratora tych danych, który wynika z:
 - a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającego 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 (Dz. Urz. UE L 231 z 30.6.2021 str. 159, z późn. zm.);

- b) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającego Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylającego rozporządzenie (UE) nr 1296/2013 (Dz. Urz. UE L 231 z 30.06.2021, str. 21, z późn. zm.);
- c) Ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021– 2027.

Cele i podstawa prawna przetwarzania

- 1) PSONI przetwarza moje dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1. lit. od a) do e) i art. 9 ust. 2 lit. a i g RODO oraz przepisów szczególnych, jedynie ze względu na umowę i projekt „Centrum Komunikacji dla Osób z Niepełnosprawnościami”, Działanie 3.5 Lepsza komunikacja dla osób z niepełnosprawnościami, Priorytet FERS.03 Dostępność i usługi dla osób z niepełnosprawnościami, Program Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 (FERS), współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, aby potwierdzić kwalifikowalność:
 - wydatków,
 - wsparcia,
 - monitorowania,
 - ewaluowania,
 - kontrolowania,
 - audytu,
 - sprawozdawczości,
 - działań informacyjno-promocyjnych.
- 2) PSONI będzie przetwarzać moje dane zgodnie z prawem, jeśli spełni co najmniej jeden z warunków:
 - a) zgadzam się na przetwarzanie swoich danych osobowych w co najmniej jednym celu,
 - b) bez przetwarzania danych nie mogę zawrzeć umowy z PSONI ani jej wykonać,
 - c) PSONI musi przetwarzać dane, aby wypełnić swój obowiązek prawny,
 - d) PSONI przetwarza dane, aby chronić moje interesy i interesy innych osób,





- e) PSONI przetwarza dane, aby zrealizować zadania w interesie publicznym lub w ramach władzy publicznej.
- 3) PSONI może przetwarzać dane osobowe moje i innych osób, jeśli spełnia jeden z warunków:
- osoba zgodziła się na przetwarzanie swoich danych osobowych w co najmniej jednym celu,
 - przetwarzanie na podstawie przepisów prawa wiąże się z ważnym interesem publicznym.

Przechowywanie danych osobowych

PSONI będzie przechowywać moje dane osobowe, aż:

- wygaśnie obowiązek przechowywania tych danych (ustawa z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027),
- skończy się okres, który wynika z przepisów o archiwizacji (ustawa o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach).

Odbiorcy danych osobowych

- Instytucja pośrednicząca – Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z siedzibą przy ul. Nowogrodzkiej 1/3/5, 00-513 Warszawa.
- Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję instytucji zarządzającej, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
- Podmioty, które uczestniczą w realizacji projektu.
- Podmioty, które prowadzą badania ewaluacyjne na zlecenie powierzającego, instytucji pośredniczącej lub beneficjenta.
- Specjalistyczne firmy, które prowadzą kontrole i przeprowadzają audyt na zlecenie powierzającego, instytucji pośredniczącej lub beneficjenta w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027 (FERS).
- Organy władzy publicznej oraz podmioty, które wykonują zadania publiczne lub działają na zlecenie organów władzy publicznej.
- Poczta Polska – komunikacja listowna.
- Operator poczty elektronicznej – komunikacja internetowa (elektroniczna).

Moje prawa

- Mam prawo do:
 - dostępu do danych osobowych,
 - ich sprostowania i/lub poprawienia,





- c) usunięcia danych osobowych, gdy:
 - i. są już one niepotrzebne,
 - ii. wniosę sprzeciw wobec ich przetwarzania,
 - iii. wycofam zgodę na ich przetwarzanie, a nie ma innej podstawy do ich przetwarzania,
 - iv. są przetwarzane niezgodnie z prawem,
 - v. muszą być usunięte, aby wywiązać się z obowiązku prawnego,
 - d) ograniczenia przetwarzania danych osobowych, gdy:
 - i. kwestionuję te dane,
 - ii. ich przetwarzanie narusza prawo, ale nie chcę, żeby je usunięto,
 - iii. administrator już ich nie potrzebuje, ale ja potrzebuję ich w związku z roszczeniami,
 - iv. sprzeciwiłem się / sprzeciwiłam się ich przetwarzaniu do czasu, aż rozstrzygnie się, czy PSONI może odrzucić mój sprzeciw,
 - e) przenoszenia danych, gdy:
 - i. PSONI przetwarza moje dane na podstawie umowy, którą podpisałem/podpisałam, lub na podstawie mojej zgody,
 - ii. PSONI przetwarza je automatycznie,
 - f) sprzeciwu wobec przetwarzania danych, gdy jednocześnie:
 - i. PSONI będzie je przetwarzać, aby zrealizować zadanie w interesie publicznym lub dzięki władzy publicznej, którą ma,
 - ii. PSONI i inni będą je przetwarzać, aby zrealizować swoje zgodne z prawem interesy. Nie będą mogli tego robić, jeśli naruszają one moje prawa i wolności, są sprzeczne z moimi interesami albo wymagają ochrony moich danych osobowych – zwłaszcza gdy jestem dzieckiem,
 - g) cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie, jeśli odbywa się ono za moją zgodą (art. 6 ust. 1 lit a RODO). Nie wpływa to na przetwarzanie, którego PSONI już dokonało.
- 2) PSONI może automatycznie przetwarzać moje dane. Nie zgadzam się jednak na ich profilowanie.

Obowiązek podania danych i konsekwencje niepodania danych

Mam obowiązek podania danych osobowych, gdy wynika to z prawa lub umowy. Bez tych danych PSONI nie spełni obowiązku ustawowego. Jeśli dane będą niepełne, zostaną wezwany/wezwana, żeby je uzupełnić.





Prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych

Mam prawo wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Podstawa prawna obowiązku informacyjnego

Art. 13 ust. 1 i 2 lub 14 ust. 1 i 2 Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych).

Potwierdzam, że zapoznałem się/zapoznałam się z klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych i zgadzam się na ich przetwarzanie.

Brak zgody uniemożliwia udział w projekcie.

miejsowość, data, czytelny podpis kandydata/kandydatki

12. KARTA OCENY FORMALNO-MERYTORYCZNEJ (wypełnia personel projektu)

12.1. Kandydat/kandydatka spełnia kryteria formalne projektu	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
12.2. Kandydat/kandydatka spełnia kryteria premiujące	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Liczba uzyskanych punktów:
Miejsowość, data	Czytelny podpis osoby weryfikującej formularz





Zgoda na przetwarzanie i rozpowszechnianie wizerunku

To jest dokument, którego podpisanie pozwala na **nieodpłatne korzystanie przez: Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną**, z Twojego **wizerunku na zdjęciach** lub utrwalonego w inny sposób w trakcie różnych zdarzeń związanych z projektem

„Centrum Komunikacji dla Osób z Niepełnosprawnościami” nr FERS.03.05-IP.06-0001/24, realizowanego przez Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej (Lider), w partnerstwie z Polskim Stowarzyszeniem na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną oraz Polskim Związkiem Głuchych, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 (FERS), Działanie 3.5 Lepsza komunikacja dla osób z niepełnosprawnościami, Priorytet FERS.03 Dostępność i usługi dla osób z niepełnosprawnościami.

Wizerunek to Twoja **twarz lub cała postać na zdjęciach**.

Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną **mogą**:

- utrzymywać Twój wizerunek (**robić zdjęcia**),
- przechowywać Twój wizerunek (**zapisywać zdjęcia na komputerze**),
- opracowywać zdjęcia na których jest Twój wizerunek,
- rozpowszechniać Twój wizerunek (**zamieszczać na stronie internetowej** Polskiego Stowarzyszenia na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną lub Centrum Komunikacji dla Osób z Niepełnosprawnościami) lub w inny sposób.

Udzielasz zgody **na przyszłość** bez żadnych ograniczeń.

Data, czytelny podpis kandydata/kandydatki

