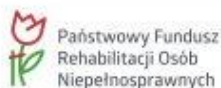


**Zadanie dofinansowane ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**



KWESTIONARIUSZ OSOBOWY PRACOWNIKA PROJEKT

Kierunek samodzielność - kompleksowa rehabilitacja dzieci i młodzieży z SMA

Fundacja SMA

Miejscowość, Warszawa

Proszę o przyjęcie mojej kandydatury do pracy w projektach PFRON

NAZWISKO I IMIĘ PRACOWNIKA	
PESEL	
ADRES ZAMIESZKANIA PRACOWNIKA (ulica, nr domu/mieszkania, kod, miejscowość)	
TELEFON KONTAKTOWY	
E-MAIL	
STANOWISKO	<input type="radio"/> Fizjoterapeuta <input type="radio"/> Psycholog coach <input type="radio"/> Dietetyk <input type="radio"/> Logopeda/neurologopeda
WYKSZTAŁCENIE	
NAZWA I NIP WŁASNEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ (dotyczy osób samozatrudnionych)	
Imię i nazwisko chorego na SMA z którym możesz podjąć współpracę.	

**Załączniki obowiązkowe wraz z kwestionariuszem osobowym należy przesłać pocztą tradycyjną na adres biura projektu
ASL Consulting Anna Skoczylas-Ligocka, 32-431 Stróża 783**

1. CV
2. Kopia dyplomu ukończenia studiów
3. Kopia zaświadczeń/certyfikatów ze szkoleń

Na podstawie 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych), wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych **podanych przez mnie w kwestionariuszu osobowym dla pracownika do projektu: Kierunek samodzielność - kompleksowa rehabilitacja dzieci i młodzieży z SMA** przez Administratora oraz przekazanie moich danych osobowych, w tym przez aplikację Ewidencja Godzin Wsparcia, i ich przetwarzanie przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II 13 w celu:

- realizacji „Zasad wspierania realizacji zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych, zleczanych fundacjom oraz organizacjom pozarządowym przez PFRON
- Archiwizacji mojego zgłoszenia przez okres 1 roku od dnia uruchomienia projektu na potrzeby dodatkowej rekrutacji do projektu

Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli obowiązku informacyjnego umieszczonej na stronie internetowej Administratora lub w siedzibie Administratora, w tym z informacją o celach i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawach związanych z przetwarzaniem moich danych. Ponadto Administrator poinformował mnie, że:

- a. niniejsza zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie poprzez złożenie oświadczenia w tej samej formie, w jakiej zgoda została wyrażona. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem, przy czym **brak wyrażenia zgody skutkuje brakiem możliwości wzięcia udziału w projekcie.**
- b. dane osobowe przetwarzane na podstawie niniejszej zgody nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu)

.....
podpis pracownika