

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE
„AKTYWNY SENIOR”**Organizator - Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Mińsku Mazowieckim**

Dane uczestnika projektu		
Imię i nazwisko		
Wiek		
Adres zamieszkania Tel.		
Czy korzystałem/am z form aktywizujących w 2025 r. realizowanych przez miasto Mińsk Mazowiecki	☐ Tak	☐ Nie
Formy aktywności w ramach Projektu „Aktywny Senior”	☐ Gimnastyka z elementami rehabilitacji” Zdrowy kręgosłup”	☐ Zajęcia z fizjoterapeutą

OŚWIADCZENIE
O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 2016, Nr 119) informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Mińsku Mazowieckim**.
2. Inspektorem ochrony danych (IOD) w MOPS jest Joanna Kowalczyk – adres email: iod@mopsmm.pl, tel. 25 758 22 24 wew. 15.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą tylko w celu realizacji projektu socjalnego „Aktywny Senior”
4. W trakcie realizacji umowy będą przetwarzane następujące dane osobowe: imię i nazwisko, wiek, adres zamieszkania, telefon, e-mail.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat po zakończeniu projektu.
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
8. Uczestnik projektu posiada prawo wniesienia skargi do PUODO gdy uzna, iż przetwarzanie jego danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
9. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i udostępnienie wizerunku.
10. Oświadczam, iż stan zdrowia pozwala mi uczestniczyć w zajęciach oraz, że jestem świadoma/y zagrożeń, jakie mogą wystąpić podczas uczestnictwa w projekcie i w razie ich wystąpienia nie będę rościć żadnych praw w wyniku tych zdarzeń.

.....
Miejscowość, data.....
Czytelny podpis uczestnika