**Oświadczenie uczestnika**

**Programu „*Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego* – edycja 2025**

Ja niżej podpisany/podpisana ………………….………..…………………..………………………………………………,

zamieszkały/a ………………………….………...……………………………………………………………..………………… .

**Do realizacji usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej\*:**

☐ **Wskazuję osobę:**

Imię i Nazwisko ..…………………………………………………………………………….

Numer telefonu ………………………………………………………………………………

**Jednocześnie oświadczam**, że wskazana osoba:

- nie jest członkiem mojej rodziny (na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem), nie jest moim opiekunem prawnym   
i osobą faktycznie zamieszkującą razem ze mną;

- jest przygotowana do świadczenia usług asystencji osobistej.

Jednocześnie oświadczam, że przekazałem/łam poniższą klauzulę informacyjną wyżej wskazanej osobie.

☐ **Nie wskazuję żadnej osoby**

**Zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń (zgodnie z art. 233 § 1, 6 kk).**

Miejscowość i data ………………………………………………

…………………..…………………………………………………

*(Podpis składającego oświadczenie)*

\* zaznacz właściwe

**Klauzula informacyjna RODO  
w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Gmina Czechowice-Dziedzice reprezentowana przez Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Czechowicach-Dziedzicach przy ulicy Kolejowej 37, NIP 652-10-38-184, REGON 003449120.
2. Dane kontaktowe: tel. 32/215 44 09, 215 50 98, 215 23 88,

faks 32/215 23 81-83

e-mail: sekretariat@ops-czdz.pl

1. W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt  
   z Inspektorem Ochrony Danych OPS: [inspektor@b-biodo.pl](mailto:inspektor@b-biodo.pl)
2. Kategorie danych osobowych:

* W przypadku osoby świadczącej usługi: imię i nazwisko i dane kontaktowe.

1. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
2. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym na zlecenie administratora w zakresie realizowanych przez niego obowiązków oraz   
   w związku z wykonywaniem czynności związanych z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 tj. Spółdzielni Socjalnej „Czecho-Best” z siedzibą w Czechowicach-Dziedzicach przy ul. Mickiewicza 19, a także innym podmiotom upoważnionym do pozyskania Pani/Pana danych na podstawie przepisów prawa, w tym Ministrowi Rodziny, Pracy   
   i Polityki Społecznej mającego siedzibę w Warszawie (00-513), ul. Nowogrodzka 1/3/5 oraz Wojewodzie Śląskiemu.+
3. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025,   
   a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego   
   z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji.
4. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo do żądania ich sprostowania, do ograniczania przetwarzania tych danych oraz prawo do żądania ich usunięcia po upływie okresu, o którym mowa powyżej. Realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych osobowych, a także m.in. z zasadami wynikającymi z Kodeksu postępowania administracyjnego i zasadami archiwizacji.
5. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa,   
   tel.: 22 531 03 00.
6. Podanie danych osobowych jest konieczne dla celów związanych z wykonywaniem zadań w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.