**Formularz zgłoszeniowy do programu ,, Korpus Wsparcia Seniorów na 2025 rok” w zakresie Modułu I**

|  |  |
| --- | --- |
| Data i godzina przyjęcia formularza |  |
| Podpis pracownika przyjmującego formularz |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Dane osobowe:*** | **Imię i nazwisko** osoby ubiegającej się o wsparcie: |
| **PESEL:** |
| ***Dane teleadresowe/ miejsce***  ***zamieszkania:*** | **Ulica:** |
| **Nr domu/lokalu:** |
| **Kod pocztowy, miejscowość:** |
| **Województwo:** |
| **Telefon kontaktowy:** |
| ***Informacje dodatkowe*** | **Posiadam orzeczenie o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności lub równoważne**  TAK NIE |
| **Jestem osobą niesamodzielną potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu , zamieszkuję**  **z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić mi wystarczającego wsparcia:**  TAK NIE |
| **Prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe/ zamieszkuję samotnie i ze względu na stan zdrowia potrzebuję wsparcia**  TAK NIE |

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na udział w Programie, rozumiem jego cel i deklaruję chęć uczestnictwa w nim.
2. Zostałem poinformowany o źródłach finansowania Programu.
3. Zamieszkuje na terenie Gminy Golina.
4. Jestem osobą powyżej 60 roku życia, liczonego w dniach, na dzień złożenia niniejszego formularza
5. Zapoznałam się/zapoznałem się z załączoną poniżej klauzulą informacyjną odnoszącą się do przetwarzania moich danych osobowych i wyrażam zgodę na jej postanowienia.

*…...…...................................................................*

*(data i podpis osoby składającej oświadczenie)*

***Pouczenie***

*Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 Kodeksu Karnego*

***Klauzula RODO o przetwarzaniu danych osobowych w Programie***

**pn. „ Korpus Wsparcia Seniorów” - edycja 2025**

**OBOWIĄZEK INFORMACYJNY DOTYCZĄCY PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

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

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Kierownik Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Golinie z siedzibą: Plac Kazimierza Wielkiego 10, 62-590 Golina
2. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest pani Ewa Galińska, tel. 531641425, e-mail inspektor@osdidk.pl
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” – edycja 2025.
4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres prawem przewidziany, jak również zgodnie z obowiązkami administratora w zakresie wymaganego okresu przechowywania dokumentacji, w tym dokumentacji finansowej związanej z realizacją Programu. W odrębnych terminach mogą być przetwarzane dane osobowe związane z realizacją ochrony roszczeń i ich przedawnieniem.
5. Każda osoba, której danymi dysponuje MOPS w Golinie ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania.
6. Każda osoba, której danymi dysponuje MOPS w Golinie ma prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r..
7. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
8. Podanie przez Panią/Pana danych jest dobrowolne, lecz zarazem konieczne do wzięcia udziału w Programie.

**OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM SIĘ Z TREŚCIĄ INFORMACJI J/W**

Miejscowość, dnia ……………………………………. ……………………………………….

podpis