

Zadanie dofinansowane ze środków z budżetu Województwa Mazowieckiego

## **KARTA BENEFICJENTA projektu „RAZEM PO ZDROWIE”**

### **Dane osobowe**

Imię i nazwisko

.....

Wiek

.....

### **Dane kontaktowe**

Numer telefonu

.....

E-mail

.....

### **Oświadczam, że:**

1. Zamieszkuję na terenie województwa mazowieckiego.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundację Pomocy Psychologicznej i Edukacji Społecznej RAZEM zgodnie z Rozporządzeniem 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) jedynie na potrzeby projektu „RAZEM PO ZDROWIE”. Otrzymałem i zapoznałem się z klauzulą informacyjną stanowiącą zał. nr. 3 informujący o administrowaniu i przetwarzaniu danych osobowych przez Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego dotyczących realizacji projektu.
3. Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku jedynie na potrzeby projektu „RAZEM PO ZDROWIE”.
4. Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się i akceptuję regulamin funkcjonowania placówki w trakcie covid-19.

Data i podpis

.....