



**INNOWACYJNA
GOSPODARKA**
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI FUNDUSZ
ROZWOJU REGIONALNEGO



Załącznik
do Regulaminu uczestnictwa
i rekrutacji w Projekcie

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU W ZAKRESIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

W związku z uczestnictwem w Projekcie pn. „Przeciwdziałanie wykluczeniu cyfrowemu w Gminie Nowy Targ” realizowanego w ramach działania 8.3 Przeciwdziałanie wykluczeniu cyfrowemu- eInclusion osi priorytetowej 8. Społeczeństwo informacyjne – zwiększenie innowacyjności gospodarki, wyrażam zgodę oraz przyjmuję do wiadomości, że:

- a) administratorem moich danych osobowych jest Minister Rozwoju Regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa,
- b) przetwarzanie moich danych osobowych będzie miało miejsce w oparciu o przepis art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) i dane te są niezbędne dla realizacji Projektu,
- c) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji Projektu, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka,
- d) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Wdrażającej/Instytucji Pośredniczącej II stopnia oraz beneficjentowi realizującemu Projekt i podmiotom, które na jego zlecenie uczestniczą w wykonaniu Projektu. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej PO IG, Instytucji Wdrażającej/Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta badania ewaluacyjne w ramach PO IG oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej PO IG lub Instytucji Wdrażającej/Instytucji Pośredniczącej kontrole w ramach PO IG,
- e) podanie moich danych jest dobrowolne,
- f) mam prawo dostępu do moich danych osobowych, w tym do ich poprawiania i uzupełniania.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis Beneficjenta)