



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do Projektu „**Wykwalifikowany technik farmaceutyczny – zawód z przyszłością**” nr **WND-POKL.09.02.00-10-006/11** realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Minister Rozwoju Regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa;
- 2) podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust.2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101 poz. 926, ze zm.)- dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
- 3) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji Projektu „Wykwalifikowany technik farmaceutyczny – zawód z przyszłością ” nr WND-POKL.09.02.00-10-006/11, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjny Kapitał Ludzki (POKL);
- 4) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Wdrażającej (Instytucji Pośredniczącej II Stopnia)/Instytucji Pośredniczącej – Urząd Marszałkowski w Łodzi, Al. Piłsudskiego 8, 90-051 Łódź, Beneficjentowi realizującemu projekt - TEB Edukacja sp. z o.o., Al. Niepodległości 2, 61-874 Poznań oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – brak.
Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej POKL, Instytucji Wdrażającej (Instytucji Pośredniczącej II stopnia)/ Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta badania ewaluacyjne w ramach POKL oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej POKL lub Instytucji Wdrażającej (Instytucji Pośredniczącej II stopnia)/ Instytucji Pośredniczącej kontrole w ramach POKL
- 5) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
- 6) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Uczestnika Projektu