**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU „Razem przez wyzwanie – wsparcie psychoonkologiczne dla osób z chorobą nowotworową i ich bliskich”**

(prosimy wypełnić pismem drukowanym oraz zaznaczyć „X” w wyznaczonych miejscach)

 **I. Dane personalne**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię/Imiona** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **Płeć** | □ Kobieta □ Mężczyzna |
| **Data urodzenia** |  |

 **II. Dane kontaktowe**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **E-mail** |  |

 **III. Status kandydata na dzień złożenia formularza rekrutacyjnego**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jestem osobą chorą onkologicznie/bliską osoby chorej onkologicznie**(\*wymagana kserokopia diagnozy) | □ Tak\* □ Nie  |
| **Informacje dotyczące specjalnych potrzeb (np. ograniczeń zdrowotnych, ruchowych, dostępu)** |  |

 **IV. Formy wsparcia w projekcie**

|  |  |
| --- | --- |
| **Deklaruję chęć konsultacji u psychoonkologa** | □ Tak □ Nie |
| **Deklaruję chęć konsultacji u onkodietetyka** | □ Tak□ Nie |
| **Deklaruję chęć uczestnictwa w warsztatach grupowych** | □ Tak □ Nie |

*Oświadczam, że wszystkie wyżej podane dane są zgodne z prawdą i zostałem pouczony/zostałam pouczona o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego.*

………………………………………. ………………………………………..

 *Miejscowość, data Czytelny podpis Kandydata/-ki*

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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) (Dz. Urz. UE L z 04.05.2016 r., Nr 119, s. 1), zwane dalej w skrócie „RODO” . W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, zgodnie z obowiązującymi od 25 maja 2018 roku przepisami RODO, Prezes Fundacji Onkologicznej Rakiety informuje, natomiast Pan/Pani

…………………………………………………….…………......................................................................................

*(Podpis - imię i nazwisko Kandydata/-ki)*

**przyjmuje do wiadomości, iż:**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Fundacja Onkologiczna Rakiety, z siedzibą w Warszawie (02-972) al. Rzeczpospolitej 2/U-2, biuro@fundacjarakiety.pl, tel. 22 299 29 28 oraz Województwo Mazowieckie, którego dane kontaktowe to: Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego w Warszawie, ul. Jagiellońska 26, 03-719 Warszawa, tel. (22) 5979-100, email: urzad\_marszalkowski@mazovia.pl, ePUAP: /umwm/esp.
2. Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego w Warszawie oraz Fundacja Onkologiczna Rakiety prowadzą operacje przetwarzania Pana/Pani danych osobowych.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji projektu **„Razem przez wyzwanie – wsparcie psychoonkologiczne dla osób z chorobą nowotworową i ich bliskich”** dofinansowanego ze środków Województwa Mazowieckiego. Niezbędność przetwarzania danych osobowych wynika z przepisów prawa: Art. 6 ust 1 lit c) oraz art. 9 ust. 2 lit. b) oraz h) RODO, a także art. 14 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (dz. u. z 2019 r. poz. 688 ze zm.)
4. Pana/Pani dane osobowe mogą zostać powierzone:
* podmiotom działającym na zlecenie Fundacji Onkologicznej Rakiety w związku z realizacją Projektu, na podstawie udzielonego upoważnienia do przetwarzania danych osobowych zawartego w umowie o świadczenie danych usług,
* dla Województwa Mazowieckiego, w celu przeprowadzania czynności monitoringowych, sprawozdawczych czy kontrolnych,
* podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Administratora,
* podmiotom/organom publicznym uprawnionym do uzyskania danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa, np.; sądom, organom ścigania, instytucjom państwowym, gdy wystąpią z żądaniem i w oparciu o stosowną podstawę prawną.
1. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat od dnia zakończenia realizacji projektu.
2. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (\*jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
3. Skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Fundacji Onkologicznej Rakiety można wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej:  iod@fundacjarakiety.pl lub listownie na adres: al. Rzeczpospolitej 2/U-2, 02-972 Warszawa.
4. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do UODO gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
5. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.
6. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

……………………………………….…………………………..

*Data i czytelny podpis potwierdzający zapoznanie się z klauzulą informacyjną*

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w ramach realizacji projektu **„Razem przez wyzwanie – wsparcie psychoonkologiczne dla osób z chorobą nowotworową i ich bliskich”** dofinansowanego ze środków Województwa Mazowieckiego. Tym samym **wyrażam zgo**dę na udostępnianie moich danych do celów monitoringu, sprawozdawczości i kontroli w ramach realizowanego projektu, ewaluacji prowadzonej na zlecenie Województwa Mazowieckiego oraz firmom/osobom, którym Fundacja Onkologiczna Rakiety powierzyła świadczenie usług księgowych. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.

……………………………………….……………………….……

*Data i czytelny podpis Kandydata/-ki*