****

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**

ul. Poznańska 30, 64-300 Nowy Tomyśl

tel. 61 44 26 773, www.pcprnt.pl

e-mail: pcpr@powiatnowotomyski.pl

|  |  |
| --- | --- |
| **Data wpływu:** |  |
| **Nr sprawy:** | PCPR.5121.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych organizacji sportu, kultury, rekreacji**

**i turystyki**

na rok ……………

Zgodnie z § 12 ust. 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 roku w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r., poz. 926 ze zm.) **wniosek należy złożyć do 30 listopada roku poprzedzającego realizację zadania.**

**We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”.**   
W przypadku gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać   
„W załączeniu – załącznik nr ....” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| **I. DANE WNIOSKODAWCY** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Pełna nazwa Wnioskodawcy:** |  |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Nr faksu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **Strona internetowa:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **II. OSOBY UPRAWNIONE DO REPREZENTOWANIA WNIOSKODAWCY** | |
| Nazwiska i imiona osób, wraz z podaniem funkcji jaką pełnią w organizacji, które zgodnie z postanowieniami  statutu lub innego aktu wewnętrznego są upoważnione do zaciągania zobowiązań finansowych w imieniu Wnioskodawcy. | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Osoba 1 – Imię i nazwisko:** |  |
| **Osoba 1 – Funkcja:** |  |
| **Osoba 2 – Imię i nazwisko:** |  |
| **Osoba 2 – Funkcja:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **III. INFORMACJE O REALIZACJI OBOWIĄZKU WPŁAT NA RZECZ PFRON** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON:** | * Nie  Tak |
| **W przypadku zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON podać podstawę prawną:** |  |
| **Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON:** | * Nie  Tak |
| **Kwota zaległości z tytułu wpłat, których termin płatności upłynął w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **IV. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Zakres terytorialny działania wnioskodawcy:** | * lokalny * ogólnopolski |
| **Status prawny:** |  |
| **Nr rejestru sądowego:** |  |
| **Data wpisu do rejestru sądowego:** |  |
| **Organ założycielski:** |  |
| **REGON:** |  |
| **NIP:** |  |
| **Nazwa banku:** |  |
| **Nr rachunku bankowego:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Czy statut Wnioskodawcy zawiera zapis o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych:** | * Nie  Tak |
| **Czy Wnioskodawca jest organizacją pożytku publicznego w rozumieniu ustawy z dnia 24.04.2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. Nr 96, poz. 873 z późn. zm.):** | * Nie  Tak |
| **Czy Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT:** | * Nie  Tak |
| **Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:** |  |
| **Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:** | * Nie dotyczy  Nie  Tak |
| **Podstawa prawna:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **V. INFORMACJE O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Czy Wnioskodawca prowadzi działalność rehabilitacyjną na rzecz osób niepełnosprawnych:**  (dot. osób, o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych) | * Nie  Tak |
| **Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych:** |  |
| **Krótki opis działań zrealizowanych przez Wnioskodawcę na rzecz osób niepełnosprawnych w ciągu ostatnich**  **2 lat:** |  |
| **Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością:** |  |
| **Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych i jej kwalifikacje:** |  |

**VI. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON**

**Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?**

* Nie
* Tak

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VII. CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON** | | | | | |
| **Cel dofinansowania**  (nazwa zadania ustawowego oraz/lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc) | **Nr umowy** | **Data zawarcia** | **Kwota dofinan- sowania** | **Termin rozliczenia** | **Kwota rozliczona** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | Razem: |  |  |  |

# Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

## I. PRZEDMIOT WNIOSKU

**Nazwa zadania, cel dofinansowania, szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania, proponowany sposób wykorzystania dofinansowania:**

**Nazwa zadania:** ………………………………………………………………………………………………………

**Cel dofinansowania:** ……………………………………………………………………………………………..…..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania:** ……………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Proponowany sposób wykorzystania dofinansowania:** ………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie organizacji:** | * Sportu * Kultury * Rekreacji * Turystyki |
| **Liczba uczestników:** |  |
| **W tym liczba opiekunów:** |  |
| **Liczba osób niepełnosprawnych:** |  |
| **Do lat 18:** |  |
| **Powyżej 18 lat:** |  |
| **Liczba mieszkańców wsi:** |  |
| **PLANOWANE MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Termin rozpoczęcia:** |  |
| **Przewidywany czas realizacji zadania:** |  |

Zakładane rezultaty zadania (należy opisać co zyskają osoby w wyniku realizacji zadania, w jakim stopniu realizacja zadania zmieni ich sytuację) oraz jak rezultaty te będą badane

**II. INFORMACJE DODATKOWE**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **UDZIAŁ PARTNERÓW W REALIZACJI ZADANIA** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Czy w realizacji zadania biorą udział Partnerzy:** | * Nie  Tak |
| **Nazwa Partnera:** |  |
| **Adres Partnera:** |  |
| **Opis zakresu odpowiedzialności Partnera:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **III. BUDŻET ZADANIA** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Przewidywany koszt realizacji zadania:** |  |
| **Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:** |  |
| Słownie: |  |
| **Własne środki przeznaczone na realizację zadania:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Inne źródła finansowania ogółem** | |
| z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Publiczne:** |  |
| **Niepubliczne:** |  |

**Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że:

1. Podane informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym – przyjmuję do wiadomości, że podanie nieprawdziwych informacji eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.
2. Znane mi są „Zasady dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych”, przyjęte przez Powiat.
3. W ramach realizacji zadania  planowane jest /  nie jest planowane pobieranie opłat od ostatecznych beneficjentów zadania.
4. Reprezentowany przeze mnie podmiot zobowiązuje się do uzyskania środków finansowych

w wysokości wystarczającej na pokrycie pozostałych kosztów zadania (poza kosztami przewidzianymi do dofinansowania ze środków PFRON), w tym wkładu własnego, zaangażowanego do realizacji zadania.

1. Na dzień sporządzenia wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot  posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON /  nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.
2. Oświadczam, że  zatrudniam fachową kadrę do obsługi imprezy /  zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi imprezy.
3. Oświadczam, że  posiadam /  zabezpieczę odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji imprezy.
4. Oświadczam, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie uchwały Zarządu Powiatu lub decyzji przyznającej środki Funduszu na podstawie niniejszego wniosku.
5. Oświadczam, że reprezentowana przeze mnie organizacja w okresie 3 lat od dnia złożenia wniosku  była /  nie była stroną umowy z PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy.
6. Oświadczam, że reprezentowana przeze mnie organizacja zapewni minimum 40% całkowitych kosztów realizacji zadania.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miejscowość* | *Data* | *Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy* |
|  |  |  |

# WYPEŁNIA PCPR

**Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów**

|  |  |
| --- | --- |
| *Data* | *Podpis pracownika PCPR* |
|  |  |

**Ocena formalna wniosku**

* + **pozytywna**  **negatywna**

|  |  |
| --- | --- |
| *Data* | *Podpis pracownika PCPR* |
|  |  |

**Uzasadnienie (w przypadku negatywnej oceny formalnej)**

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

miejscowość i data

# OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że

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

(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest:

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

(adres wnioskodawcy)

**jest**  **nie jest**

pracodawcą prowadzącym Zakład Pracy Chronionej.

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. nr 88 z 1997 r., poz. 553 ze zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub za tajenie prawdy.

|  |  |
| --- | --- |
| *Pieczęć wnioskodawcy* | *Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy* |
|  |  |

Jeżeli wnioskodawca jest ZPCH dołącza do wniosku:

1. potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,
2. informacje o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku,
3. informację o pomocy publicznej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowania pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

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

miejscowość i data

# OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że

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

(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest:

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

(adres wnioskodawcy)

* + **jest**  **nie jest**

przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 19 listopada 1999 r. – Prawo o działalności gospodarczej (Dz. U. nr 101, poz. 1178 z późn. zm.).

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. nr 88 z 1997 r., poz. 553 ze zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub za tajenie prawdy.

|  |  |
| --- | --- |
| *Pieczęć wnioskodawcy* | *Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy* |
|  |  |

Jeżeli wnioskodawca jest przedsiębiorcą należy dołączyć do wniosku informację o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami ustawy o warunkach dopuszczalności i nadzorowania pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

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

miejscowość i data

# OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że

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

(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest:

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

(adres wnioskodawcy)

* + **jest**  **nie jest**

Płatnikiem podatku VAT w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004 r. - o podatku od towarów i usług (Dz. U. nr 54, poz. 535 z późn. zm.).

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. nr 88 z 1997 r., poz. 553 ze zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub za tajenie prawdy.

|  |  |
| --- | --- |
| *Pieczęć wnioskodawcy* | *Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy* |
|  |  |

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

miejscowość i data

# OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż na dzień

................................................................................................

(data)

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

(nazwa, adres, NIP wnioskodawcy)

nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz wobec Urzędu Skarbowego.

|  |  |
| --- | --- |
| *Pieczęć wnioskodawcy* | *Data, pieczątki imienne i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji wnioskodawcy* |
|  |  |

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

miejscowość i data

# OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż na dzień

................................................................................................

(data)

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

(nazwa, adres, NIP wnioskodawcy)

**Posiada następujący rachunek bankowy/rachunki bankowe:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **1. Nazwa banku** |  |
| Nr rachunku bankowego |  |
| Informacja o ewentualnych obciążeniach |  |
| **2. Nazwa banku** |  |
| Nr rachunku bankowego |  |
| Informacja o ewentualnych obciążeniach |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Pieczęć wnioskodawcy* | *Data, pieczątki imienne i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji wnioskodawcy* |
|  |  |

**Kosztorys rzeczowo-finansowy obejmujący rodzaje kosztów związanych z realizacją przedsięwzięcia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres rzeczowy wg rodzajów kosztów** | **Zakres finansowy** | | |
| **Całkowita wartość rodzajów kosztów** | **Udział własny** | **Kwota dofinan- sowania ze środków PFRON** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Razem: | |  |  |  |
| Co stanowi % wartości całkowitej przedsięwzięcia: | | |  |  |

*Data i pieczęć wnioskodawcy*

**Harmonogram realizacji zadania**

|  |  |
| --- | --- |
| **Poszczególne działania w zakresie realizowanego zadania** | **Terminy realizacji poszczególnych działań** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

*Data i pieczęć wnioskodawcy*

|  |  |
| --- | --- |
| **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** | |
| **Lp.** | **Nazwa** |
| 1. | Kopia aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego (ważność 3 miesiące do dnia złożenia wniosku) potwierdzona za zgodność z oryginałem, albo wydruk informacji ze strony internetowej Krajowego Rejestru Sądowego pobranej w trybie art. 4 ust. 4aa ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym. |
| 2. | Kopia statutu/regulaminu potwierdzona za zgodność z oryginałem. |
| 3. | Kopia pełnomocnictwa do zawierania umów w przypadku organizacji nie posiadającej osobowości prawnej. |
| 4. | Plan pracy na rok realizacji zadania. |
| 5. | Sprawozdanie finansowe i merytoryczne z roku ubiegłego (ostateczny termin dostarczenia koniec lutego roku realizacji zadania) – jeżeli dotyczy. |

|  |
| --- |
| **KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH W POWIATOWYM CENTRUM POMOCY RODZINIE W NOWYM TOMYŚLU** |

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia 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) (Dz. Urz. UE L 119   
z 4.05.2016), zwanego dalej RODO informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Nowym Tomyślu, ul. Poznańska 30,
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – tel. 61 4426700, e-mail: iod@powiatnowotomyski.pl,
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz na podstawie art. 9 ust.1 lit. g RODO – przetwarzania jest niezbędne ze względów związanych   
   z ważnym interesem publicznym,
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione  
   do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, bądź podmioty, które przetwarzają Pani/Pana dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych,
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie niezbędnym do realizacji celu przetwarzania oraz zgodnie z przepisami prawa w zakresie ich archiwizacji oraz instrukcją kancelaryjną,
6. Posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo  
   do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych. Realizacja tych praw musi być zgodna z przepisami prawa na podstawie których odbywa się ich przetwarzanie, RODO, ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego czy dotyczących archiwizacji,
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego,
8. Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem jest dobrowolne oraz warunkiem prowadzenia sprawy,
9. Przetwarzane Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Klauzula zgody

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a Rozporządzenia 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) (Dz. Urz. UE L 119  
z 4.05.2016), zwanego dalej RODO, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.