**Załącznik nr 4** do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa

**UPOWAŻNIENIE Nr\_\_\_\_\_\_**

**DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

w ramach projektu pn. **„ABSOLWENT – nastawiONy na pracę”**, współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach pilotażowego programu „ABSOLWENT”, nr umowy: ABS/00007/01/B

Z dniem [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] r., na podstawie art. 29 w związku z art. 28 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 04.05.2016, str. 1) (RODO), upoważniam [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] do przetwarzania danych osobowych w zbiorze Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Upoważnienie wygasa z chwilą ustania Pana/Pani stosunku prawnego łączącego Pana/Panią z Karkonoskim Sejmikiem Osób Niepełnosprawnych.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Czytelny podpis osoby upoważnionej do wydawania i odwoływania upoważnień

Upoważnienie otrzymałem/am:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(miejscowość, data, podpis)

Oświadczam, że zapoznałem/am się z przepisami powszechnie obowiązującymi dotyczącymi ochrony danych osobowych, w tym z RODO, a także z obowiązującym w Karkonoskim Sejmiku Osób Niepełnosprawnych opisem technicznych i organizacyjnych środków zapewniających ochronę i bezpieczeństwo przetwarzania danych osobowych i zobowiązuję się do przestrzegania zasad przetwarzania danych osobowych określonych w tych dokumentach.

Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy przetwarzanych danych osobowych, z którymi zapoznałem/am się oraz sposobów ich zabezpieczania, zarówno w okresie trwania umowy jak również po ustaniu stosunku prawnego łączącego mnie z Karkonoskim Sejmikiem Osób Niepełnosprawnych.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie