Projekt pn. „Edukacja bez barier” współfinansowany w ramach Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 (Europejski Fundusz Społeczny+).

**OŚWIADCZENIE**

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. ,,Edukacja bez barier” – SP Zawada

…………………….. ……………………………….

(imię i nazwisko)

przyjmuję do wiadomości co następuje:

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

o przetwarzaniu danych osobowych

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwiecień 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych oraz Ustawą o Ochronie Danych Osobowych z 10 maja 2018r. (Dz.U 1000 z 2018)

Informujemy że:

1. Administratorem Danych Osobowych jest: **Szkoła Podstawowa** **im. 11 Listopada w Zawadzie**z siedzibą: **42-310 Żarki, Zawada 56**; NIP: 577-178-55-04 reprezentowanym przez Dyrektora Szkoły
2. Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji projektu w ramach programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 (FE SL).
3. Dane są udostępnione jedynie podmiotom ściśle współpracującym ze Szkołą - Urząd Miasta i Gminy Żarki, Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego oraz organom państwowym na mocy odrębnych ustaw (sąd, prokuratura, policja).
4. Dane nie są profilowane ani przekazywane za granice.
5. Posiada Pani/ Pan prawo dostępu do treści danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem.
6. Pełne informacje na temat Pani/Pana danych osobowych oraz przysługujących Pani/Panu praw udzielane są w siedzibie Szkoły, można o nie pytać osobiście, listownie lub mailowo na adres szkoły: [szkolazawada@wp.pl](mailto:szkolazawada@wp.pl)
7. Przysługuje Pani/ Panu prawo skargi do organu nadzorczego, tj: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,

…………………………………………. …………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko Matki/Ojca/ Opiekuna prawnego wypełniającego ankietę data i podpis | *data i podpis* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |