

Wniosek złożono w Starostwie Powiatowym w  
Człuchowie w dniu .....

Nr sprawy:

Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

## WNIOSEK „P” - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu

„Aktywny samorząd”- Moduł II- pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym.

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) (w zakładce Aktywny Samorząd 2019 )oraz [starostwo@czluchow.org.pl](mailto:starostwo@czluchow.org.pl)

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i 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 rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza. (rok 2019)

**Prawidłową odpowiedź zaznaczyć "X".**

### 1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

#### DANE PERSONALNE

Imię..... Nazwisko..... Data urodzenia .....r.

Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.

przez..... Płeć:  kobieta  mężczyzna

PESEL

Stan cywilny:  wolna/y  zamężna/zonaty

W przypadku braku nr PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: .....

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:  samodzielne (osoba samotna)  wspólne

#### MIEJSCE ZAMIESZKANIA (adres pod którym

wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe)

Kod pocztowy   -    .....  
(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lok. .... Powiat .....

Województwo .....

miasto do 5 tys. mieszkańców  inne miasto  wieś

#### ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy   -    .....  
(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lok. ....

Powiat .....

Województwo .....

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż adres zamieszkania):

Dodatkowe informacje:

Numer telefonu:.....

E-mail: .....

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

- media  - Realizator programu  - PFRON  - inne, jakie:

#### STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji

znaczny stopień

I grupa inwalidzka

całkowita niezdolność do pracy

umiarkowany stopień

II grupa inwalidzka

częściowa niezdolność do pracy

lekki stopień

III grupa inwalidzka

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:  okresowo do dnia: .....  bezterminowo

Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona tzn. występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności

tak  (proszę wpisać kody:.....) nie



## 2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie ze środków PFRON w programie „STUDENT”, STUDENT II” lub „Aktywny Samorząd”- Moduł II ( pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym) ?				tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Ilość dofinansowanych semestrów/półroczy w ramach w/w programów (podać cyfrę)				.....	
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc, forma kształcenia, semestr/rok akademicki jaki dofinansowano) przykład 1: AS- M-II, studia jedn. mgr., rok studiów I, sem. przykład 2: AS-M-II, studia podypl. rok I. sem. II	Data zawarcia umowy	Numer umowy	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	
1.....	.....	.....	.....	.....	
2.....	.....	.....	.....	.....	
3.....	.....	.....	.....	.....	
4.....	.....	.....	.....	.....	
5.....	.....	.....	.....	.....	
6.....	.....	.....	.....	.....	
7.....	.....	.....	.....	.....	
8.....	.....	.....	.....	.....	
9.....	.....	.....	.....	.....	
10.....	.....	.....	.....	.....	
11.....	.....	.....	.....	.....	
12.....	.....	.....	.....	.....	
13.....	.....	.....	.....	.....	
14.....	.....	.....	.....	.....	
15.....	.....	.....	.....	.....	
16.....	.....	.....	.....	.....	
17.....	.....	.....	.....	.....	
18.....	.....	.....	.....	.....	
19.....	.....	.....	.....	.....	
20.....	.....	.....	.....	.....	
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>					

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR? (nie dotyczy korzystania przez Wnioskodawcę z wcześniej wymienionych programów „STUDENT”, „STUDENT II” oraz „Aktywny Samorząd”- moduł II, które zostały wymienione w tabeli na str. 3)						tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
<b>Uwaga!</b> Należy pominąć dofinansowania do uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych oraz dofinansowania do zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych realizowanych przez ośrodki pomocy społecznej							
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia u m o w y	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>							
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:						tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:						tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
<b>Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:</b> .....							
.....							
<b>Uwaga!</b> za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął							
Czy Wnioskodawca korzysta z tłumacza migowego						tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Czy Wnioskodawca korzysta z asystenta osoby niepełnosprawnej						tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Czy Wnioskodawca posiada aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny						tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Czy Wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch (lub więcej) kierunkach nauki/studiów						tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	

### 3. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Wnioskodawca pobiera naukę równocześnie w ramach kilku, poniżej wymienionych, form kształcenia lub pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia:  TAK  NIE

Jeśli „TAK”, punkt 3 należy skopiować i wypełnić dla każdej szkoły (kierunku nauki) oddzielnie.

Forma kształcenia, która ma zostać dofinansowana na podstawie niniejszego wniosku:		
<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie	<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia	<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> nauka w kolegium pracowników służb społecznych
<input type="checkbox"/> nauka w kolegium nauczycielskim	<input type="checkbox"/> nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych	<input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej
<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> przewód doktorski	<input type="checkbox"/> inne (jakie?) .....

Pełna nazwa szkoły/uczelni: .....

Wydział/kierunek/specjalizacja.....

Szkoła/uczelnia jest szkoła/uczelnia państwową :  tak  nie

Adres szkoły/uczelni: .....  
 .....  
 (ulica, nr domu, nr lok, miejscowość, kod, powiat, województwo)

Wnioskodawca pobiera naukę

a) odpłatnie:  tak  nie

b) w systemie: :  stacjonarnym  niestacjonarnym

c) za pośrednictwem Internetu:  tak  nie

Data rozpoczęcia nauki/studiów .....Liczba semestrów.....

Rok nauki/studiów .....Semestr nauki/studiów.....

Czy wniosek dotyczy powtarzania semestru nauki, który był uprzednio objęty dofinansowaniem ze środków PFRON?  
 tak ( wskazać rok/semestr nauki/studiów.....)  nie  
 pierwszy raz  drugi raz  trzeci raz

Powód powtarzania:  niezadawalające wyniki w nauce  stan zdrowia  inne jakie? .....

Wnioskodawca zmienia kierunek lub szkołę/uczelnia, ponownie rozpoczyna naukę od poziomu (semestru/półroczna) objętego uprzednio dofinansowaniem ze środków PFRON:  tak  nie

#### 4. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze/semestr roku szkolnego/akademickiego)

Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Wysokość odpłatności lub kosztu (w zł)	Wysokość dofinansowania (stypendium) z innych niż PFRON źródeł*	Kwota wnioskowana (w zł)
<b>Oplata za naukę (czesne)</b> – równowartość kosztów czesnego w ramach aktualnie realizowanej formy kształcenia na poziomie wyższym na pierwszym kierunku <b>UWAGA!</b> W przypadku, gdy Wnioskodawca ponosi koszty związane z równoczesną nauką na kilku kierunkach studiów lub szkołach/uczelniach – ponoszone z tego tytułu koszty należy wpisać w oddzielnym wierszu			
<b>Oplata za naukę (czesne)</b> – równowartość kosztów czesnego w ramach aktualnie realizowanej formy kształcenia na poziomie wyższym na drugim kierunku			
<b>Dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego</b>			
<b>Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia</b> w tym zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia			
<b>Razem</b>			

\* tj. m.in. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół i uczelni oraz z funduszy strukturalnych lub pracodawcy, należy podać kwotę i źródło dofinansowania

**DANE RACHUNKU BANKOWEGO,**  
na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku

**Wyrażam zgodę na przelew dofinansowania na poniższy rachunek**

Nazwa Banku: .....

Numer rachunku bankowego |\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|

Właściciel/współwłaściciel rachunku bankowego (jeżeli dotyczy) .....

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233, § 1 Kodeksu karnego i pouczony o jego treści: „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”. **Oświadczam, że:**

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Człuchowskiego,
2. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
3. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w roku 2019 (m.in. z Kierunkami działań oraz warunkami brzegowymi obowiązującymi realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 roku – Załącznik do uchwały nr 4/2019 Zarządu PFRON z dnia 29 stycznia 2019 r.) - które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także pod adresem: [starostwo@czluchow.org.pl](mailto:starostwo@czluchow.org.pl),
4. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
5. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
6. zobowiązuję się niezwłocznie zgłaszać Staroście Człuchowskiemu o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku,
7. obecnie nie korzystam z przerwy w kontynuowaniu nauki, w trakcie której nie ponoszę kosztów nauki (m.in. urlop dziekański, urlop zdrowotny),
8. w ciągu ostatnich 3 lat **nie byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis Wnioskodawcy

### **WKŁAD WŁASNY - WYPEŁNIĆ JEŚLI DOTYCZY!**

Posiadam środki finansowe w wysokości wystarczającej na obowiązkowy wkład własny kwoty brutto do realizacji zadania - wynikający z Kierunkami działań oraz warunkami brzegowymi obowiązującymi realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 roku – Załącznik do uchwały nr 4/2019 Zarządu PFRON z dnia 29 stycznia 2019 r.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis Wnioskodawcy

**Uwaga!** W przypadkach, w których wymagane jest złożenie kserokopii/skanu dokumentów niezbędne jest przedstawienie oryginałów do wglądu. W przypadku dowodu osobistego i Karty Dużej Rodziny oryginały dokumentów należy okazać przy podpisywaniu umowy.

## WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU

### 5. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		Zaznaczyć właściwe		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
5.1.	Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.3.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.4.	Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki (sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku) a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego. <b>Uwaga!</b> Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na kilku formach kształcenia lub na kilku kierunkach danej formy kształcenia przedstawia odrębny dokument dla każdej szkoły/uczelni lub kierunku nauki. Wzór określony w załączniku nr 3 do wniosku nie dotyczy osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich oraz studentów uczelni zagranicznych – osoby te przedstawiają wymagany dokument wg wzoru obowiązującego w danej szkole.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.5.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki (jeżeli tak to w jakiej wysokości).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.6.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.7.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU

### Deklaracja bezstronności

#### Oświadczam, że:

- nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

#### Zobowiązuję się do:

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

## WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	UWAGI
1	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Data weryfikacji formalnej wniosku:		...../...../ 2019r.	

Data, podpis pracownika/ów dokonujących weryfikacji formalnej wniosku
---

# WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU

## DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

pozytywna:  w ramach Modułu II

negatywna:  w ramach Modułu II

### Deklaracja bezstronności

**Oświadczam, że:**

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

**Zobowiązuję się do:**

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

### DOFINANSOWANIE W RAMACH MODUŁU II

Koszty nauki dofinansowywane	Kwota dofinansowania w zł
Opłata za naukę	..... zł
Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich	..... zł
Koszty kształcenia	..... zł
<b>RAZEM:</b>	<b>..... zł</b>

### UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

<i>Data, pieczętka imienna Starosty Człuchowskiego</i>

<i>Data, podpis pracownika/ów przygotowujących umowę i obecnych przy podpisywaniu umowy</i>



## KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie Art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych RODO) informuję, że:

1. Administratorem danych osobowych przetwarzanych w Starostwie Powiatowym w Człuchowie jest Starosta Człuchowski (ul. Wojska Polskiego 1, 77-300 Człuchów).
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych w Starostwie Powiatowym: e-mail: [iod@czluchow.org.pl](mailto:iod@czluchow.org.pl) lub Starostwo Powiatowe w Człuchowie ul. Wojska Polskiego 1, 77-300 Człuchów.
3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu zawarcia umowy. W takim przypadku podanie danych w wymaganym zakresie jest niezbędne, a konsekwencją ich niepodania jest brak możliwości realizacji przez nas treści żądania lub zawarcia umowy. W przypadku zbierania danych w oparciu o Państwa zgodę, można odmówić przekazania danych, przy czym może się to wiązać z brakiem możliwości wzięcia udziału w danym przedsięwzięciu, projekcie lub otrzymaniu danego świadczenia. Dodatkowo mogą nam Państwo przekazać dane opcjonalne, które nie warunkują realizacji usługi lub zawarcia umowy, przy czym mogą np. usprawnić komunikację między nami (jeśli ich nie otrzymamy, nie będziemy mogli np. dzwonić pod numer kontaktowy).
4. Państwa dane osobowe mogą zostać przekazane innym organom publicznym i podmiotom, wyłącznie w sytuacji, gdy istnieje podstawa prawna do tego typu działań. Państwa dane mogą być czasowo przekazane również podmiotom przetwarzającym je w naszym imieniu. Przetwarzanie Państwa danych ujętych w systemach informatycznych powierzamy również podmiotom obsługującym lub udostępniającym nam te systemy, przy czym zakres przetwarzania ograniczony jest tylko i wyłącznie do zakresu związanego z realizacją zadań w tych systemach.
5. Dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
6. Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.
7. Dane osobowe przetwarzane będą przez okres realizacji niniejszej sprawy wynikający z przepisów dotyczących instrukcji kancelaryjnej, jednolitego rzeczowego wykazu akt i działania archiwów zakładowych.
8. Mają Państwo prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli uważają Państwo, że przetwarzanie Państwa danych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (2016/679) z dnia 27 kwietnia 2016 r.
9. Mają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania przy czym musi to być zgodne z przepisami prawa na podstawie których odbywa się przetwarzanie.
10. Podane przez Państwa dane osobowe są wymogiem ustawowym. Niepodanie tych danych będzie skutkowało niemożnością załatwienia sprawy lub znacznie wydłuży czas trwania sprawy.

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z klauzulą informacyjną.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis Wnioskodawcy