Załącznik 1  
do Regulaminu Klubu Samopomocy- Specjalistycznego ul. Naczelna 12 A

**Wniosek osoby ubiegającej się o uczestnictwo w Klubie Samopomocy- Specjalistycznym, ul. Naczelna 12A w Krakowie**w ramach Projektu pn. „W sile wieku 2” realizowanego przez MDDPS w Krakowie w ramach 9 Osi Priorytetowej: Region Spójny Społecznie, Działanie 9.2, Poddziałanie 9.2.2 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.

**I. Dane Uczestnika/Uczestniczki:**

Imię i Nazwisko: ………………………………………………

PESEL:

Adres zamieszkania: ………………………………………………

Numer kontaktowy: ………………………………………………

**II. Dane przedstawiciela ustawowego:***(w przypadku ubezwłasnowolnienia osoby ubiegającej się o skierowanie)*

Imię i Nazwisko: ……………………………………………..

PESEL:

Adres zamieszkania: ……………………………………………..

Numer kontaktowy ……………………………………………..

Adres e-mail: ……………………………………………..

Miejski Dzienny Dom Pomocy Społecznej z siedzibą os. Szkolne 20, 31 – 977 Kraków, jako administrator Pani/Pana danych osobowych na podst. art. 13 rozporządzenia nr 2016/679 Parlamentu Europejskiego i Rady 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 (zwanego dalej RODO) informuje, że:

1. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia procesu rekrutacyjnego do Klubu Samopomocy- Specjalistycznego funkcjonującego w ramach Projektu „W sile wieku 2” na podst. Art. 6 ust. 1 lit. c, art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w związku z art. 100 ust. 2 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej   
   (Dz. U. 2017 poz. 1769 z późn. zm.).
2. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione następującym kategoriom odbiorców danych (w rozumieniu   
   art. 4 pkt 9 RODO):podmiotom zajmującym się profesjonalnym niszczeniem dokumentacji archiwalnej oraz podmiotowi świadczącemu asystę techniczną oprogramowania służącego do przetwarzania danych osobowych.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu zakończenia realizacji i rozliczenia Projektu   
   i zamknięcie i rozilczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014-2020 oraz zakończenia okresu trwałości dla Projektu i okresu archiwizacyjnego, w zależności od tego, która z tych dat nastąpi później.
4. W przypadku zakwalifikowania Pani/Pana dokumentacji decyzją Dyrektora Archiwum Narodowego w Krakowie do kategorii archiwalnej „A”, Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez Miejski Dzienny Dom Pomocy Społecznej przez okres 25 lat, liczony analogicznie, jak w pkt 3, a następnie zostaną przekazane do Archiwum Narodowego.
5. W zakresie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
6. Ma Pani/Pan prawo do żądania od Miejskiego Dziennego Domu Pomocy Społecznej w Krakowie:
7. dostępu do swoich danych osobowych (na zasadach określonych w art. 15 RODO);
8. sprostowania Pani/Pana danych osobowych (na zasadach określonych w art. 16 RODO);
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym;
10. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe.
11. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegały profilowaniu.
12. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych:

Inspektor Ochrony Danych, os. Szkolne 20, 30-529 Kraków lub [iod@mddps.krakow.pl](mailto:iod@mddps.krakow.pl).

**Uwaga!**

1. Do wniosku należy dołączyć **zaświadczenie lekarskie** zawierające:

- określenie najważniejszych informacji o stanie zdrowia pacjenta niezbędnych w przypadku konieczności podjęcia działań terapeutycznych i opiekuńczych przez personel Klubu Samopomocy – Specjalistycznego bądź udzielenia informacji służbom medycznym w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia,

- określenie dopuszczalnych form usprawnienia ruchowego Uczestnika/Uczestniczki bądź ograniczeń w tym zakresie.

2. Do wniosku należy dołączyć w przypadku ubezwłasnowolnienia osoby ubiegającej się o uczestnictwo

**- zaświadczenie o ustanowieniu opiekuna prawnego.**

**……………………………….. ………………………………………………………………………**

(miejscowość, data) **podpis osoby składającej wniosek lub przedstawiciela ustawowego**

Część uzupełniana przez pracownika MDDPS:

|  |
| --- |
|  |

**I. Potwierdzenie wpływu wniosku:**

………………………….. ……………………………………..

Data podpis pracownika MDDPS

**II. Podjęte działania rekrutacyjne:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Działania | Data | Podpis pracownika |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**IV. Zatwierdzenie wniosku przez Kierownika ZTA:**

…………………………… ………………….…………………

Data podpis Kierownika ZTA