Załącznik nr 2

do programu „Wsparcie osób z niepełnosprawnościami na Mazowszu”

**Oświadczenie o miejscu zamieszkania
w miejscowości na terenie województwa mazowieckiego**

1. Dane osoby składającej oświadczenie

osoba z niepełnosprawnościami  opiekun

imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………

adres …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

powiat ……………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………..

gmina ………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………...

1. Dane osoby z niepełnosprawnościami, której dotyczy oświadczenie
[wypełnić tylko w przypadku osób, które nie składają oświadczenia samodzielnie]

imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

adres …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

powiat …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

gmina ………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………...

rodzaj oferty instytucji kultury np. zwiedzanie, spektakl, warsztaty ……………………………………………………..…………..

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

Oświadczam, że:

* jestem mieszkańcem województwa mazowieckiego w rozumieniu art. 25\* ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, a moim miejscem zamieszania jest adres wskazany powyżej,
* osoba wskazana w pkt 2 jestem mieszkańcem województwa mazowieckiego w rozumieniu art. 25\* ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, a jej miejscem zamieszania jest adres wskazany powyżej\*\*,
* posiadam umocowanie prawne do reprezentowania osoby wskazanej w pkt 2\*\*,
* dane zawarte powyżej są zgodne z prawdą oraz stanem faktycznym i jestem świadoma/y odpowiedzialności za składanie nieprawdziwych oświadczeń.

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

*(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)*

Oświadczam, że dane zawarte powyżej wpisałem/am zgodnie z informacjami przekazanymi przez osobę składającą oświadczenie.\*\*\*

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

*(czytelny podpis pracownika instytucji kultury)*

 **Klauzula informacyjna RODO**

 1.  **Muzeum Niepodległości, Al. Solidarności 62, 00-240 Warszawa,** NIP: 526 030 79 04 , REGON: 000276050, RIK/14/99, Samorządowa Instytucja Kultury Województwa Mazowieckiego (dalej: Administrator) oświadcza, że jest administratorem danych osobowych w rozumieniu 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), zwanego dalej RODO, w odniesieniu do danych osobowych osób związanych z realizacja Programu „Wsparcie osób z niepełnosprawnościami na Mazowszu”.

2. Administrator, dane kontaktowe

Z Administratorem można się kontaktować pisemnie, za pomocą poczty tradycyjnej na adres: Al. Solidarności 62, 00-240 Warszawa lub email: sekretariat@muzn.pl

 Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować pisemnie, za pomocą poczty tradycyjnej na adres: Al. Solidarności 62, 00-240 Warszawa lub pod adresem email: iod@muzn.pl

3. Dane osobowe, wskazane w Oświadczeniu będą przetwarzane w związku z realizacją Programu „Wsparcie osób z niepełnosprawnościami na Mazowszu”. Brak podania danych osobowych będzie natomiast powodował niemożliwość skorzystania z Programu.

4. Podstawą prawną przetwarzania danych, o których mowa w Oświadczeniu jest:

1. art. 9 ust. 2 lit. g) RODO – niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym;
2. art. 6 ust. 1 lit. e) RODO – niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym.
3. art. 6 ust. 1 lit. f ) RODO - w celu ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony przed roszczeniami będącego realizacją naszego prawnie uzasadnionego interesu.

5. Dane osobowe, o których mowa w Oświadczeniu, nie będą przekazywane podmiotom trzecim, jednakże zgodnie z obowiązującym prawem Administrator może przekazywać dane podmiotom świadczącym obsługę administracyjno-organizacyjną Programu „Wsparcie osób z niepełnosprawnościami na Mazowszu”. oraz na podstawie obowiązujących przepisów prawa, podmiotom uprawnionym do uzyskania danych, np. sądom lub organom ścigania – tylko gdy wystąpią z żądaniem uzyskania danych osobowych i wskażą podstawę prawną swego żądania.

6.. Dane osobowe osób, o których mowa w Oświadczeniu, nie będą przekazywane do państwa trzeciego, ani organizacji międzynarodowej w rozumieniu RODO.

1. Dane osobowe osób, o których mowa w Oświadczeniu, będą przetwarzane nie dłużej niż to wynika z obowiązujących przepisów prawa, w tym w szczególności rachunkowych i podatkowych.
2. Osobom, o których mowa w Oświadczeniu, przysługuje prawo do żądania od administratora danych dostępu do ich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych. Uprawnienia te będą realizowane przez administratora w granicach obowiązujących przepisów prawa.
3. Osobom, o których mowa w Oświadczeniu, w związku z przetwarzaniem ich danych osobowych przysługuje prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.
4. W oparciu o dane osobowe osób, o których mowa w Oświadczeniu, Administrator nie będzie podejmował zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania w rozumieniu RODO.