|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Pieczęć** | **Data wpływu** | **Podpis osoby przyjmującej formularz** |

# DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ZAPOTRZEBOWANIE NA SPRZĘT

**REHABILITACYJNY, PIELĘGNACYJNY I WSPOMAGAJĄCY-**

**WYPOŻYCZALNIA SPRZĘTU PROWADZONA PRZEZ**

**CENTRUM USŁUG SPOŁECZNYCH W GMINIE TRYŃCZA**

Wypełnia Kandydat/ -ka:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię (imiona):** | | **Nazwisko:** | |
| **Płeć:**  □ Mężczyzna □ Kobieta | **Data urodzenia:** | | **Wiek w chwili przystąpienia do projektu:** |
| PESEL: \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_  \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | | | |
| **Adres zamieszkania:**  ul: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  nr domu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr lokalu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  miejscowość: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  kod pocztowy: \_\_\_\_-\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  gmina:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ powiat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  województwo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | **Kontakt:**  Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Adres e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **Wykształcenie:**  □ niższe niż podstawowe  □ podstawowe  □ gimnazjalne  □ ponadgimnazjalne (zasadnicze zawodowe, średnie  zawodowe, ogólnokształcące)  □ policealne  □ wyższe | |
| **Sytuacja społeczno- ekonomiczna**  (proszę odnieść się do każdej z podanych poniżej sytuacji i zaznaczyć odpowiednie pole)  Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia  □ TAK □ NIE □ Odmowa podania informacji  Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  □ TAK □ NIE  Osoba w innej niekorzystnej sytuacji  □ TAK □ NIE □ Odmowa podania informacji  Osoba z niepełnosprawnościami:  □ TAK □ NIE □ Odmowa podania informacji  (jeśli tak, należy dołączyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności) | | | |
| **Źródło informacji o projekcie** (proszę zakreślić odpowiednie):  □ Prasa □ Związek Emerytów i Rencistów  □ Plakaty, ulotki □ Strona www Beneficjenta  □ Urząd Gminy □ Przekaz słowny (np. od rodziny)  □ Centrum Usług Społecznych w Gminie Tryńcza □ Inne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

**Niniejszym zgłaszam zapotrzebowanie na następujący sprzęt rehabilitacyjny, pielęgnacyjny   
i wspomagający:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP.** | **NAZWA SPRZĘTU** | **ILOŚĆ SZT.** |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **4** |  |  |
| **5** |  |  |

**Oświadczam, że:**

1. zapoznałam/em się z Regulaminem wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego, pielęgnacyjnego  
   i wspomagającego w Gminie Tryńcza;
2. wyrażam dobrowolną zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu zgłoszeniowym przez Centrum Usług Społecznych w Gminie Tryńcza, do celów związanych z obsługą wypożyczalni, zgodnie   
   z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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 osobowych) zwanym dalej RODO i przyjmuję do wiadomości, że:
   1. administratorem tak zebranych danych osobowych jest Centrum Usług Społecznych   
      w Gminie Tryńcza, z siedzibą w Tryńczy, 37-204 Tryńcza 123, tel.: 16 733 15 28, e-mail: [cus@tryncza.eu](mailto:cus@tryncza.eu);
   2. w Centrum Usług Społecznych w Gminie Tryńcza został powołany inspektor danych osobowych: Pan Paweł Hołub z którym w zakresie gromadzenia i przetwarzania danych osobowych ma Pani/Pan prawo kontaktu za pomocą poczty elektronicznej pod adresem: [iod@tryncza.eu,](mailto:iod@tryncza.eu,) a przypadkach niecierpiących zwłoki pod nr telefonu: 16 733 15 28;
   3. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji zadań związanych z uczestnictwem w projekcie pn. *„Utworzenie wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego, pielęgnacyjnego oraz wspomagającego w Gminie Tryńcza”* na podstawie obowiązujących przepisów prawa oraz umów zawartych przez administratora;
   4. odbiorcami moich danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz umów zawartych przez administratora;
   5. moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania, o którym mowa w p. 3, w tym przechowywane będą przez okres określony przepisami prawa;
   6. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna   
      z brakiem możliwości udzielenia wsparcia;
   7. mam prawo do:

- żądania od administratora danych dostępu do danych osobowych;

- żądania od administratora sprostowania danych;

- żądania od administratora usunięcia danych osobowych;

- ograniczenia przetwarzania danych osobowych;

- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych;

- przenoszenia danych osobowych w dowolnym momencie wobec przetwarzania danych osobowych bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;

- cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych;

- wniesienia skargi do organu nadzorczego w postaci Kościelnego Inspektora Ochrony Danych;

* 1. moje dane osobowe nie są udostępniane innym odbiorcom z wyłączeniem podmiotów do tego uprawnionych takich jak:

- podmioty upoważnione do odbioru danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa;

- podmioty, które przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora danych na podstawie zawartej z Administratorem umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych;

1. Administrator danych informuje, że:

- podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże brak ich niekiedy uniemożliwia współpracę, udzielenie pomocy w zakresie działalności Administratora danych;

- w zakresie udostępnionych danych nie będzie podejmować zautomatyzowanych decyzji,   
w tym w zakresie profilowania;

1. **jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.**

………………………………………… ……………………………………………

*(miejscowość, data) (czytelny podpis osoby zgłaszającej*

*zapotrzebowanie lub prawnego opiekuna)*