**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY PRACOWNIKA**

**PROJEKTY PFRON**

Miejscowość, data..............................................

**Polskie Towarzystwo Dyskinezy Rzęsek
ul. Marszałka Piłsudskiego 6/25
34-700 Rabka-Zdrój**

**Proszę o przyjęcie mojej kandydatury do pracy w projektach PFRON**

|  |  |
| --- | --- |
| NAZWISKO I IMIĘ PRACOWNIKA |  |
| PESEL PRACOWNIKA |  |
| ADRES ZAMIESZKANIA PRACOWNIKA(ulica, nr domu/mieszkania, kod, województwo, miejscowość) |  |
| WOJEWÓDZTWO |  |
| POWIAT |  |
| TELEFON KONTAKTOWY |  |
| E-MAIL  |  |
| SPECJALIZACJA | * Fizjoterapeuta
* Psycholog/psychoterapeuta
* Inna ………………………………...
 |
| WYKSZTAŁCENIE  | * Doktorat
* Magisterskie
* Licencjat
* Inne ………………………………
 |
| NAZWA I NIP WŁASNEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ (jeżeli dotyczy) |  |
| DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE W PRACY Z CHORYMI NA PCD |  |

**Załączniki:**

1. Kopia dyplomu ukończenia studiów
2. Kopia zaświadczeń/certyfikatów ze szkoleń z zakresu fizjoterapii oddechowej
3. Zaświadczenie z krajowego rejestru karnego o niekaralności wydane w 2025 roku (dotyczy osób pracujących z osobami niepełnoletnimi)

………………………………………………………………….……….

podpis pracownika

………………………….., dnia ………………… r.

ADMINISTRATOR

Polskie Towarzystwo Dyskinezy Rzęsek
ul. Marszałka Piłsudskiego 6/25 34-700 Rabka-Zdrój

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH
PRACOWNIKA PROJEKTU PFRON**

…………………………………………………………….
 *(imię i nazwisko pracownika)*

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, b, c i art. 9 ust. 2 a, b, h 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 osobowych), wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych podanych przez mnie w kwestionariuszu osobowym dla pracownika do projektu: „Bądź samodzielny z PCD IV - rehabilitacja domowa chorych na pierwotną dyskinezę rzęsek” przez Administratora oraz przekazanie moich danych, w tym przekazanie za pośrednictwem aplikacji iPFRON+, i przetwarzanie ich przez Administratora oraz przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II 13

|  |  |
| --- | --- |
|  | **CEL PRZETWARZANIA** |
|  | realizacja projektu zgodnie z dokumentem „ Zasady wspierania realizacji zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych, zlecanych fundacjom oraz organizacjom pozarządowym przez PFRON |
|  | na potrzeby wykonywania czynności kadrowo, płacowych i ubezpieczeniowych związanych z wykonywaniem umowy |
|  | monitorowanie i kontrola prawidłowości realizacji projektu przez PTDR oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych realizowanych przez PFRON |
|  | archiwizacja mojego zgłoszenia przez okres 1 roku od dnia uruchomienia projektu na potrzeby dodatkowej rekrutacji do projektu |

Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli obowiązku informacyjnego umieszczonej na stronie internetowej Administratora lub w siedzibie Administratora, w tym z informacją o celach i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawach związanych z przetwarzaniem moich danych. Ponadto Administrator poinformował mnie, że:

1. niniejsza zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie poprzez złożenie oświadczenia w tej samej formie, w jakiej zgoda została wyrażona. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem, przy czym **brak wyrażenia zgody skutkuje brakiem możliwości wzięcia udziału w projekcie.**
2. dane osobowe przetwarzane na podstawie niniejszej zgody nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu*)*

………………………………………………………………

*(podpis pracownika)*