

.....
Imię i nazwisko

Ciechanów, dnia

.....
adres zamieszkania

.....
numer telefonu kontaktowego

Oświadczenie

1. Oświadczam, że zostałam poinformowana/y o obowiązku uczestnictwa w działaniach towarzyszących w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020. Zobowiązuję się do udziału w (należy wybrać jeden warsztat):

1. Warsztatach kulinarnych- **TAK/NIE**
2. Warsztatach z dietetykiem- **TAK/NIE**
3. Warsztatach ekonomicznych- **TAK/NIE**
4. Warsztatach z psychologiem - **TAK/NIE**

2. Oświadczam, że ja lub członkowie mojej rodziny **uczestniczą/nie uczestniczą** w działaniach aktywizujących finansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego.

Jeśli tak, należy podać rodzaj działań, oraz wskazać osoby objęte tymi działaniami.

.....
.....

3. Oświadczam, że zapoznałam/em się z klauzulami informacyjnymi zamieszczonymi na stronie internetowej www.mopsciechanow.pl i oświadczam, że dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzaniu danych osobowych dla potrzeb realizacji Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych (RODO) oraz o możliwości przekazywania danych osobowych do innych podmiotów uczestniczących w realizacji Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020. Oświadczam, że poinformowałam/em o prawie dostępu do danych osobowych oraz do ich poprawiania; wniesienia pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych, a także, że podanie danych osobowych jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym powierzonego administratorowi.

Data

.....
czytelny podpis osoby składającej oświadczenie