…..... Ciechanów, dnia …....
Imię i nazwisko

…....
adres zamieszkania

…....
numer telefonu kontaktowego

Oświadczenie

1. Oświadczam,że zostałem 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 edukacyjnych „Jak nie marnować żywności” **- 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 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.
- Zostałam-em zobowiązana/y do nawiązania kontaktu z organizacją pozarządową w celu uzyskania informacji o terminie i miejscu dystrybucji żywności oraz przekazywania danych kontaktowych. W przypadku nie zgłaszania się po odbiór artykułów żywnościowych lub braku możliwości nawiązania kontaktu z osobami zakwalifikowanymi do pomocy, organizacje pozarządowe będą skreślać z listy zakwalifikowanych.
- **Zostałam/em zobowiązana/y do przekazania informacji do organizacji pozarządowej o każdej zmianie numeru telefonu.**

Data …....

…....
czytelny podpis osoby składającej oświadczenie