

Koszalin, dnia

.....
/imię i nazwisko/

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

- Administratorem Pani / Pana danych osobowych jest:
Stowarzyszenie Koszalińskie Centrum Wolontariatu,
ul. M.J. Piłsudskiego 90 p.7
75-529 Koszalin
- Pani / Pana dane będą przetwarzane w celu realizacji projektu „Moda na Wolontariat 2” realizowanego przy udziale Gminy Miasto Koszalin – kwesta na Cmentarzu Komunalnym w Koszalinie w dniu 1 listopada 2018 r na rzecz Fundacji Zachodniopomorskie Hospicjum dla Dzieci i Dorosłych.
- Podstawę prawną przetwarzania Pani / Pana danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r., str. 1), zwanego „RODO”.
- Pani / Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia projektu „Moda na Wolontariat2” oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
- Ma Pani / Pan prawo dostępu do treści danych osobowych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
- Przysługuje Pani / Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

OŚWIADCZENIE

1. Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 94/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), **wyrażam zgodę** na przetwarzanie przez *Stowarzyszenie Koszalińskie Centrum Wolontariatu* mojego wizerunku poprzez jego publikację na stronie internetowej i profilu Facebook w celu promowania działalności KCW w ramach projektu.

Koszalin.....

.....
podpis

.....
*podpis opiekuna/rodzica**

* należy wypełnić w przypadku, gdy osoba jest niepełnoletnia