

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UDZIAŁU W PROJEKCIE**  
**„OPASKA ŻYCIA SENIORA 2023”**  
w ramach programu „Korpus Wsparcia Seniorów na rok 2023”

Termin wpływu wniosku:

Podpis:

**DANE OSOBOWE**

Imiona:	Nazwisko:
PESEL:	Wiek w chwili przystąpienia do projektu:
Data urodzenia:	Adres e-mail:
Telefon kontaktowy:	Telefon kontaktowy 2:

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Ulica, numer domu i mieszkania:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Województwo:

**Proszę zaznaczyć X jeśli Pan/Pani spełnia poniższe kryteria.**

Aby zakwalifikować się do udziału w projekcie **MUSI** Pan/Pani spełniać łącznie poniższe kryteria włączenia:

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Mieszkam na terenie Gminy i Miasta Szczecin   |
| <input type="checkbox"/> | Jestem osobą w wieku 65 lat i więcej, liczonego w dniach, na dzień złożenia niniejszego formularza  |
| <input type="checkbox"/> | Mam problemy z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia/ prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe/ mieszkam z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić mi wystarczającego wsparcia |

**KRYTERIA DODATKOWE (10 pkt. za każde dodatkowe kryterium)**

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Jestem osobą z niepełnosprawnością, posiadającą odpowiednie orzeczenie lekarskie w tym zakresie (co najmniej umiarkowany stopień niepełnosprawności) |
| <input type="checkbox"/> | Jestem osobą samotną, żyjącą w ramach jednoosobowego gospodarstwa domowego lub zamieszkuję gospodarstwo łącznie z osobą/ami w wieku 65 lat i więcej  |
| <input type="checkbox"/> | Jestem osobą powyżej 70 roku życia, liczonego w dniach, na dzień złożenia niniejszego formularza   |
| <input type="checkbox"/> | Jestem osobą powyżej 80 roku życia, liczonego w dniach, na dzień złożenia niniejszego formularza   |
| <input type="checkbox"/> | Jestem osobą powyżej 90 roku życia, liczonego w dniach, na dzień złożenia niniejszego formularza   |

### OSOBA DO KONTAKTU 1

Imię i nazwisko		Pokrewieństwo		
Numer telefonu		Czy posiada klucz	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Adres zamieszkania				

### OSOBA DO KONTAKTU 2

Imię i nazwisko		Pokrewieństwo		
Numer telefonu		Czy posiada klucz	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Adres zamieszkania				

### OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na udział w Projekcie, rozumiem jego cel i deklaruję chęć uczestnictwa w nim. Spełniam kryteria kwalifikowalności, o których mowa w Regulaminie, uprawniające mnie do udziału w ww. Projekcie.
2. Zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem projektu i udziału wraz z załącznikami, rozumiem i akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
3. Dane osobowe i pozostałe informacje podane przeze mnie w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą. Mam świadomość odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, o której zostałem/am pouczone i pouczenie to zrozumiałem/am.
4. Zapoznałam się/zapoznałem się z załączoną poniżej klauzulą informacyjną odnoszącą się do przetwarzania moich danych osobowych i wyrażam zgodę na jej postanowienia.
5. Oświadczam, że zostałem/am poinformowana/-y, iż podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem zawarcia umowy i brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu. Zostałem/am poinformowany, że zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie przez wysłanie wiadomości e-mail na adres: opaska@seniorszczecin.pl.

.....  
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie przez TOWARZYSTWO WSPIERANIA INICJATYW KULTURALNO-SPOŁECZNYCH "TWIKS" z siedzibą w Szczecinie, ul. Jagiełły 7/2, 70-260 Szczecin oraz Konsorcjum: SiDLY sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie (00 - 020), przy ul. Chmielnej 2/31, KRS 0000519219, NIP: 7010435677, REGON: 147363415 oraz TELELUBMED sp. z o. o. z siedzibą w Lublinie, ul. Frezerów 3/3 20-209 Lublin, KRS 0001017465, NIP: 7123449184, REGON: 524371758, jako dostawcą usługi oraz podmiotom z którymi TOWARZYSTWO WSPIERANIA INICJATYW KULTURALNO-SPOŁECZNYCH "TWIKS" w Szczecinie i Konsorcjum SiDLY sp. z o. o. i TELELUBMED sp. z o. o. współpracują przy realizacji Programu moich danych - w tym danych wrażliwych, zawartych w formularzu zgłoszeniowym i Karcie pacjenta, w zakresie niezbędnym do celów związanych z rekrutacją lub realizacją umowy o udział w projekcie **„OPASKA ŻYCIA SENIORA 2023” w ramach programu „Korpus Wsparcia Seniorów na rok 2023”** zgodnie z rozporządzeniem 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), „RODO”.

Szczecin, ...../09/2023  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis Kandydata/Kandydatki  
lub Opiekuna faktycznego\*

### Pouczenie

*Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 Kodeksu Karnego*  
*\*Dopuszcza się podpis opiekuna faktycznego osoby niesamodzielnej wyłącznie w sytuacji, o której mowa w § 10 ust.2 Regulaminu*

## **Klauzula RODO o przetwarzaniu danych osobowych w Projekcie Opaska Życia Seniora 2023 w ramach programu „Korpus Wsparcia Seniora na rok 2023”**

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z Rozporządzeniem 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, dalej RODO).

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:
  - a. TOWARZYSTWO WSPIERANIA INICJATYW KULTURALNO-SPOŁECZNYCH "TWIKS" z siedzibą w Szczecinie, ul. Jagiełły 7/2, 70-260 Szczecin – Realizator Programu.
  - b. Konsorcjum: SiDLY sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie (00 - 020), przy ul. Chmielnej 2/31, KRS 0000519219, NIP: 7010435677, REGON: 147363415 oraz TELELUBMED sp. z o. o. z siedzibą w Lublinie, ul. Frezerów 3/3 20-209 Lublin, KRS 0001017465, NIP: 7123449184, REGON: 524371758W
2. W kwestiach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych można skontaktować się z Administratorem lub inspektorem ochrony danych osobowych działającym u Administratora danych
  - a. TOWARZYSTWO WSPIERANIA INICJATYW KULTURALNO-SPOŁECZNYCH "TWIKS" z siedzibą w Szczecinie, mailowo na adres: opaska@seniorszczecin.pl, pod nr tel. 882 732 445 , bądź pisemnie na adres TWIKS ul. Jagiełły 7/2, 70-260 Szczecin
  - b. Konsorcjum: SiDLY sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie (00 - 020), przy ul. Chmielnej 2/31, KRS 0000519219, NIP: 7010435677, REGON: 147363415 oraz TELELUBMED sp. z o. o. z siedzibą w Lublinie, ul. Frezerów 3/3 20-209 Lublin, KRS 0001017465, NIP: 7123449184, REGON: 524371758W, z dopiskiem: „do inspektora ochrony danych”.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji Programu „Korpus Wsparcia Seniora na rok 2023” zgodnie z zasadami określonymi w Regulaminie.
4. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych są następujące przepisy RODO: art. 6 ust. 1 lit. b (przeprowadzenie rekrutacji w celu zawarcia umowy wsparcia oraz wykonywanie umowy wsparcia wy), lit. c (realizacja obowiązków prawnych ciążących na administratorze danych), lit. e (przetwarzanie jest niezbędne dla wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym) lub/i lit. h (przetwarzanie jest niezbędne do celów profilaktyki zdrowotnej)
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa, w tym podmioty z którymi Realizatorzy Programu współpracują przy realizacji Programu – w szczególności jednostka samorządu terytorialnego, na obszarze której zamieszkuje Uczestnik Programu oraz dostawca usługi tzw. „opasek bezpieczeństwa”.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres prawem przewidziany, jak również zgodnie z obowiązkami administratora w zakresie wymaganego okresu przechowywania dokumentacji, w tym dokumentacji finansowej związanej z realizacją Programu. W odrębnych terminach mogą być przetwarzane dane osobowe związane z realizacją ochrony roszczeń i ich przedawnieniem.
7. Ma Pani/Pan prawo do: dostępu swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania w sytuacjach prawem przewidzianych, do wniesienia sprzeciwu, do przenoszenia danych.
8. W razie uznania, że Pani/Pana dane osobowe nie są przetwarzane w sposób prawidłowy, ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Podanie przez Panią/Pana danych jest dobrowolne, lecz zarazem konieczne aby mogła Pani/mógł Pan wziąć udział w Programie.
10. Pani/Pana dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu przetwarzaniu danych, jak również nie będą przekazywane do państw trzecich.

Szczecin, ...../09/2023  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis Kandydata/Kandydatki  
lub Opiekuna faktycznego\*

### **Pouczenie**

Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 Kodeksu Karnego

\*Dopuszcza się podpis opiekuna faktycznego osoby niesamodzielnej wyłącznie w sytuacji, o której mowa w § 10 ust.2 Regulaminu