***Załącznik nr 4*** *do Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie: „Korpus Wsparcia Seniora” – na rok 2024 w Gminie Głogówek Moduł II -* ***Oświadczenie Opiekuna Faktycznego***

**OŚWIADCZENIE**

**Opiekuna Faktycznego**

.......................................................................................................................................................

(imię i nazwisko)

.......................................................................................................................................................

(adres)

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, wynikającej z art. 233 kodeksu karnego (Dz. U. z 2024 r. poz. 17) - *„Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”*.

Składam oświadczenie następującej treści:…………………………………………...…………………………………………….

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

**Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Klauzulą RODO o przetwarzaniu danych osobowych
w Programie Osłonowym „ Korpus Wsparcia Seniora” na rok 2024 w Gminie Głogówek Moduł II.**

**Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

 ................................................... ...................................................

 (miejscowość, data) (podpis)

***Klauzula RODO o przetwarzaniu danych osobowych w Programie Osłonowym***

**„ Korpus Wsparcia Seniora” na rok 2024 w Gminie Głogówek Moduł II**

Pani/Pana dane osobowe będę 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 Ośrodek Pomocy Społecznej w Głogówku z siedzibą w Głogówku przy ul. Aleja Lipowa 6 B – Realizator Programu.
2. W kwestiach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych można skontaktować się z inspektorem ochrony danych osobowych działającym u Administratora danych mailowo na adres: ops*@*ops*-*glogowek pod nr tel. 77 438 00 40, bądź pisemnie na adres 48-250 Głogówek, Aleja Lipowa 6B.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji Programu Osłonowego „Korpus Wsparcia Seniora’’ na rok 2024 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. Pani/Pana dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu przetwarzaniu danych, jak również nie będą przekazywane do państw trzecich.

 ………………………………..……… ………………………………………………

 miejscowość, data czytelny podpis