Załącznik nr 2

do programu „Wsparcie osób z niepełnosprawnościami na Mazowszu”

**Oświadczenie o miejscu zamieszkania
w miejscowości na terenie województwa mazowieckiego**

1. Dane osoby składającej oświadczenie

osoba z niepełnosprawnościami  opiekun

imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………

adres …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

powiat ……………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………..

gmina ………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………...

1. Dane osoby z niepełnosprawnościami, której dotyczy oświadczenie
[wypełnić tylko w przypadku osób, które nie składają oświadczenia samodzielnie]

imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

adres …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

powiat …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

gmina ………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………...

rodzaj oferty instytucji kultury np. zwiedzanie, spektakl, warsztaty ……………………………………………………..…………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………......

Oświadczam, że:

* jestem mieszkańcem województwa mazowieckiego w rozumieniu art. 25\* ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, a moim miejscem zamieszania jest adres wskazany powyżej,
* osoba wskazana w pkt 2 jestem mieszkańcem województwa mazowieckiego w rozumieniu art. 25\* ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, a jej miejscem zamieszania jest adres wskazany powyżej\*\*,
* posiadam umocowanie prawne do reprezentowania osoby wskazanej w pkt 2\*\*,
* dane zawarte powyżej są zgodne z prawdą oraz stanem faktycznym i jestem świadoma/y odpowiedzialności za składanie nieprawdziwych oświadczeń.

…………………………………………………….…………………………………………..

*(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)*

Oświadczam, że dane zawarte powyżej wpisałem/am zgodnie z informacjami przekazanymi przez osobę składającą oświadczenie.\*\*\*

…………………………………………………….…………………………………………..

*(czytelny podpis pracownika instytucji kultury)*

**OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. Zamawiający informuje a Wykonawca przyjmuje do wiadomości, iż:

1. Administratorem danych osobowych Wykonawcy podanych w związku z realizacją niniejszej umowy jest Dyrektor Muzeum Wsi Radomskiej w Radomiu, z siedzibą ul. Szydłowiecka 30, 26-600 Radom, zaś Inspektorem ochrony danych osobowych: PIKFORM Katarzyna Fryczkowska ul. 11 listopada 85, 26-600 Radom.

2. Dane osobowe Wykonawcy przetwarzane będą w celu realizacji niniejszej umowy, na podstawie dobrowolnej zgody wyrażonej przez Wykonawcę poprzez podpisanie niniejszej umowy.

3. Dane osobowe Wykonawcy nie będą przekazywane odbiorcom ani nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.

4. Dane osobowe Wykonawcy będą przechowywane przez okres 6 lat od daty podpisania umowy.

5. Wykonawca posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania;

6. Podanie przez Wykonawcę danych osobowych jest warunkiem podpisania niniejszej umowy przez Zamawiającego i Wykonawca jest zobowiązany do ich podania a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości podpisania umowy z winy Wykonawcy.

7. Dane Wykonawcy nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany ani też w formie profilowania.