**OŚWIADCZENIE WSPÓŁMAŁŻONKA WNIOSKODAWCY\***

Ja niżej podpisany …………………………………………………..………………..…………………………………………………………………………………………………..

Adres ……………………………………………….………………..……..………………………………………………………………………………………………………………………….…

PESEL ……………………………………………….………………..……………………………………………………………………….………………………………………………………….

Seria i nr dowodu osobistego .……………………………………………….………………..…………………………………………………………………………….

zgadzam się na zaciągnięcie zobowiązania wynikającego z umowy w sprawie przyznania refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej, która będzie podpisana przez mojego współmałżonka po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku w sprawie przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej.

Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Wyszkowie dla celów związanych z rozpatrzeniem wniosku oraz realizacją umowy w sprawie przyznania refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej, 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).

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………….………………..……………….Miejscowość i data | ………………………………………………………………….………………..……………….Czytelny podpis Współmałżonka Wnioskodawcy |

**I N F O R M A C J A**

 Wypełniając postanowienia określone w art. 13 ust. 1 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) informuje się, że:

1. Administratorem Pana(i) danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Wyszkowie z siedzibą: ul. Tadeusza Kościuszki 15, 07-200 Wyszków, reprezentowany przez Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Wyszkowie zwany dalej Administratorem.
2. Administrator zgodnie z art. 37 ust. 1 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) wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. Kontakt z inspektorem ochrony danych jest możliwy poprzez adres email: iod@wyszkow.praca.gov.pl.
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji umowy w sprawie przyznania refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej. Dane przetwarzane są w oparciu o zgodę osoby której dane dotyczą.
4. Dane mogą zostać udostępnione wyłącznie podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat od zamknięcia sprawy.
6. Przysługuje Panu(i) prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.
7. Jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody osoby której dane dotyczą przysługuje Panu(i) prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
8. Przysługuje Panu(i) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Zapoznałem(am) się z niniejszą informacją: ……………………………………., dnia ………………….. 2019 roku:

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………….………………..……..……………….Miejscowość i data | ………………………………………………….……………………….……..……………….czytelny podpis Współmałżonka Wnioskodawcy |

\*uzupełnia współmałżonek Wnioskodawcy prowadzącego działalność na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej;