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

(miejscowość i data)

Oświadczenie uczestnika

PROGRAMU KOREKCYJNO-EDUKACYJNEGO

CZĘŚĆ I

Informacje o uczestniku programu

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| INFORMACJE O UCZESTNIKUPROGRAMU KOREKCYJNO-EDUKACYJNEGO | | | |
| DANE OSOBOWE | | | |
| **Imię i nazwisko** |  | | |
| **Data urodzenia** |  | | |
| **PESEL** |  | | |
| Stan cywilny |  | | |
| ADRES ZAMIESZKANIA | | | |
| Ulica |  | | |
| **Numer domu** |  | | |
| **Miejscowość** |  | | |
| **Kod pocztowy** |  | | |
| **Województwo** |  | | |
| DANE KONTAKTOWE | | | |
| Telefon kontaktowy |  | | |
| SYTUACJA ZAWODOWA | | | |
| Bezrobotny |  | | |
| **Pracujący** |  | **Godzinny wymiar pracy:**  Od…………  Do………… | |
| GRUPA REKRUTACYJNA | | | |
| **Uczestnik skazany za czyny związane ze stosowaniem przemocy w rodzinie, któremu Sąd warunkowo zawiesił wykonywanie kary, zobowiązując do uczestnictwa w programie korekcyjno– edukacyjnym;** | | |  |
| **Uczestnik, którego rodzina została objęta procedurą Niebieskiej Karty, wskazany przez organy ścigania lub inne instytucje (Miejskie Ośrodki Pomocy Społecznej, Gminne Ośrodki Pomocy Społecznej, Komisje Rozwiązywania Problemów Alkoholowych);** | | |  |
| **Uczestnik będący sprawcą przemocy w rodzinie, który uczestniczy w terapii uzależnienia od alkoholu, pod warunkiem, że udział w programie korekcyjno-edukacyjnym stanowi uzupełnienie odbywanej terapii prowadzonej w zakładach opieki zdrowotnej;** | | |  |
| **Zainteresowany, którego uczestnictwo w programie wynika z osobistej decyzji;** | | |  |

***CZĘŚĆ II***

***Oświadczenie***

Oświadczam, iż będę uczestniczyć w programie korekcyjno-edukacyjnym w 2018 roku dla osób stosujących przemoc w rodzinie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów związanych z procesem rekrutacji, uczestnictwa i monitoringu Programu Korekcyjno- Edukacyjnego dla osób stosujących przemoc w rodzinie, zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu tych danych oraz uchylenia Dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych).

Oświadczam, że zostałem poinformowany o tym, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wysokiem Mazowieckiem, 18-200, ul. Mickiewicza 1, kontakt [ado@pcprwysokiemazowieckie.pl](mailto:ado@pcprwysokiemazowieckie.pl) lub tel. 862753568
2. PCPR powołał Inspektora Ochrony Danych osobowych, kontakt [iod@pcprwysokiemazowieckie.pl](mailto:iod@spolkaX.pl) lub pisemnie na adres urzędu.
3. Dane są przetwarzane w celu rekrutacji, uczestnictwa i monitoringu w Programie Korekcyjno- Edukacyjnym dla osób stosujących przemoc w rodzinie.
4. Podstawą prawną przetwarzania jest dobrowolna zgoda osoby której danej dotyczą. Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa lub przyznania świadczeń.
5. Dane będą przechowywane przez okres rekrutacji, uczestnictwa i monitoringu w Programie Korekcyjno- Edukacyjnym, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
6. Przysługuje mi prawo dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, wycofania zgody w dowolnym momencie, przy czym nie wpływa to na wcześniejszą zgodność z prawem przetwarzania danych.
7. Przysługuje mi również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Dane nie są przekazywane do państw trzecich.
9. W PCPR nie jest stosowane zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

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

***(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)***