



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Podnoszenie kompetencji zawodowych dyspozytorów medycznych dyżurujących w Zintegrowanych Dyspozytorniach Medycznych” (nr POWR.05.04.00-00-0104/16) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w Formularzu zgłoszeniowym oraz dokumentach dotyczących mojego udziału w projekcie do celów związanych z rekrutacją (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016 r. poz. 922, z późn. zm.) oraz późniejszą realizacją projektu.

Administratorem moich danych osobowych jest JMM Mariusz Lewandowski, mający siedzibę w Poznaniu (60-688), Os. Jana III Sobieskiego 37/21. Zostałam/am poinformowana/y, iż podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu. Zostałam/em poinformowana/y, iż mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU