



Klauzula informacyjna dla uczestników Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026.

Przed wyrażeniem zgody informujemy, że:

1. Administratorem podanych przez Pana/Panią danych osobowych jest Fundacja Tak dla Samodzielności z siedzibą w Poznaniu (60-366), ul. Szamotulska 14/1.
2. Z Administratorem danych osobowych Fundacji można kontaktować się pisemnie na wskazany wyżej adres lub mailowo pod adresem kontakt@takdlasamodzielnosci.pl. Dane przetwarzane będą zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia działań dot. udziału w programie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej pn. „Opieka Wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026., realizowanego przez Fundację Tak dla Samodzielności w oparciu o umowę o realizację zadania publicznego zawartej między Ministrem Rodziny i Polityki Społecznej a Fundacją Tak dla Samodzielności. Fundacja informuje, że przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do treści podanych danych osobowych oraz ich poprawiania.
3. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c i e).
4. Zgodę może Pan/Pani wycofać w każdej chwili, nie będzie to jednak miało wpływu na czynności podjęte przez Fundację przed cofnięciem zgody.
5. Odbiorcami danych osobowych będą podmioty realizujące dla Fundacji usługi IT oraz podmioty świadczące usługi. Dane te mogą być również udostępniane publicznie w zakresie w jakim wyrazi Pan/Pani na to zgodę poniżej.
6. W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługują następujące prawa: do dostępu do danych, sprostowania danych, prawo do usunięcia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.
7. Przysługuje również prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Ja niżej podpisany/a _____ (imię i nazwisko) po zapoznaniu się z powyższą informacją wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych:

moich /mojego dziecka/podopiecznego _____ (imię i nazwisko dziecka) (niepotrzebne skreślić)

w zakresie:

zdjęć /nagrań audio-video w następujących celach: (niepotrzebne skreślić)



Wyrażam / nie wyrażam (niepotrzebne skreślić)	zgodę na przetwarzania wizerunku mojego/mojego dziecka/podopiecznego w celu realizacji świadczeń udzielanych przez Fundację (utrwalania zajęć w celu weryfikacji postępów, szkolenia pracowników Fundacji w obchodzeniu się z podopiecznymi itp.)
Wyrażam / nie wyrażam (niepotrzebne skreślić)	zgodę na przetwarzanie wizerunku mojego/mojego dziecka/podopiecznego w celu realizacji wewnętrznej polityki informacyjnej Fundacji (tworzenie kronik, upamiętnianie wydarzeń realizowanych przez Fundację)
Wyrażam / nie wyrażam (niepotrzebne skreślić)	zgodę na publikację zdjęć lub nagrań mojego dziecka/podopiecznego/moich na stronach internetowych i portalach społecznościowych Fundacji w związku z informowaniem o działalności Fundacji (informowanie publiczności o działalności Fundacji za pośrednictwem Internetu)
Wyrażam / nie wyrażam (niepotrzebne skreślić)	zgodę na publikację zdjęć lub nagrań mojego dziecka/podopiecznego/moich w innych materiałach informacyjnych/marketingowych Fundacji (informowanie publiczności o działalności Fundacji za pośrednictwem materiałów drukowanych)
Wyrażam / nie wyrażam (niepotrzebne skreślić)	na upublicznianie łącznie z wizerunkiem mojego imienia, nazwiska, krótkiej informacji biograficznej (niepotrzebne skreślić) o mnie/moim dziecku/podopiecznym w związku z realizacją celów wskazanych w dwóch powyższych zgodach

.....,

(data oraz podpis rodzica/opiekuna/osoba z
niepełnosprawnością nieubezważoną)

