

DEKLARACJA UCZESTNIKA PROJEKTU

Dane osobowe uczestnika projektu <i>Dla uczestnictwa w Projekcie podanie poniższych danych jest konieczne</i> (proszę uzupełnić drukowanymi literami)																					
Imię																					
Nazwisko																					
Pesel	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna																				
Adres zamieszkania	Ulica, nr domu:																				
	Kod pocztowy, poczta:																				
	Powiat: Gmina:																				
Nr telefonu do kontaktu																					
Adres e-mail																					

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że zapoznałem/łam się z celami i założeniami projektu z zakresu zdrowia publicznego w ramach Narodowego Programu Zdrowia pod nazwą „**Podejmowanie inicjatyw na rzecz profilaktyki chorób zawodowych i związanych z pracą, w tym ze służbą żołnierzy zawodowych i funkcjonariuszy oraz wzmocnienie zdrowia pracujących**” w zakresie punktu 2.1.2 i będę uczestniczył/a w zadaniach realizowanych w ramach projektu:

- wykonanie bezpłatnych badań laboratoryjnych na obecność bakterii *Listeria monocytogenes* i mykotoksyn w próbkach owoców jagodowych (truskawki, maliny) oraz w próbkach warzyw gruntowych (pomidor, papryka, sałata, szpinak) pochodzących z pól uprawnych i ogrodów.

Oświadczam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności, uprawniające mnie do udziału w ww. projekcie, tzn. wykonuję pracę*:

- rolnika/zamieszkuję obszar wiejski i wykonuję prace rolne
- leśnika
- lekarza weterynarii/związaną ze służbami weterynaryjnymi

Informuję, iż dane osobowe Pana/Pani zawarte w niniejszej ankiecie będą przetwarzane dla potrzeb realizacji w/w projektu zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. j 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).

Miejsce i data

Czytelny podpis uczestnika **

* Zaznaczyć właściwe; ** W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

Klauzula Informacyjna o Przetwarzaniu Danych Osobowych

1. Administratorem Danych jest Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki, ul. Jaczewskiego 2, 20-090 Lublin, NIP 7120103781, REGON 000288521
2. Funkcję Inspektora Ochrony Danych pełni p. Paweł Wierzba, adres e-mail: iod@imw.lublin.pl
3. Celem przetwarzania danych jest: realizacja badań naukowych.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych są: art. 9 ust. 2 lit j 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)
5. Dane osobowe będą przechowywane w czasie: 8 lat.
6. Informujemy o prawie do żądania od administratora dostępu do danych osobowych dotyczących osoby, której dane dotyczą, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub o prawie do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także o prawie do przenoszenia danych.
7. Informujemy o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego.
8. Informujemy, że podanie danych jest dobrowolne, jednak stanowi warunek udziału w projekcie.
9. Pracownicy przetwarzający dane osobowe nie korzystają z mechanizmów zautomatyzowanego podejmowania decyzji w tym profilowania.

Podpis uczestnika projektu