



**Program resortowy Ministra Rodziny i Polityki Społecznej
"Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025
zadanie publiczne współfinansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego**

**Oświadczenie osoby świadczącej opiekę wytchnieniową
na potrzeby uczestnictwa w programie**

1. Klauzula informacyjna RODO:

Administratorami Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w ramach Programu są:

1) **Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej** z siedzibą:

00-513 Warszawa, ul. Nowogrodzka 1/3/5

2) **Fundacja Przystanek Autyzm** z siedzibą:

15-689 Białystok, ul. Michała Pietkiewicza 7A.

Pełna treść klauzul RODO oraz Regulamin świadczenia opieki wytchnieniowej znajduje się na stronie internetowej: przystanekautyzm.pl/opieka-wytchnieniowa-2025

W celu realizacji programu Pani/Pana dane będą przetwarzane także przez realizatorów programu:

a) Departament Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego w Białymstoku

b) Dane osobowe mogą być udostępniane Ministrowi lub wojewodzie, jako odrębnym administratorom, do celów sprawozdawczych, kontrolnych oraz nadzoru

2. Zobowiązanie do zachowania poufności:

Administrator danych osobowych t.j. **Fundacja Przystanek Autyzm** nadaje Pani/Panu upoważnienie do wglądu w dane osobowe przydzielonych Pani/Panu podopiecznych uprawnionych do wzięcia udziału w Programie, a także do danych osobowych ich opiekunów. Upoważnienie wydaje się w celu świadczenia usługi i ewidencjonowania godzin sprawowanej opieki.

Upoważnienie obowiązuje do momentu odwołania, nie później niż do 2025-12-10.

Pod rygorem odpowiedzialności karnej zabrania się wykorzystywania tych danych do celów innych jak wykonywanie usługi opieki wytchnieniowej.

Oświadczam, że otrzymałem i zapoznałem się klauzulą informacyjną RODO i wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych niezbędnych do realizacji programu opieki wytchnieniowej.

Oświadczam, iż zobowiązuje się do zachowania poufności informacji stanowiących dane osobowe. W szczególności zobowiązuje się nie rozpowszechniać wobec osób niezwiązanych z realizacją programu informacji o przebiegu opieki oraz stanie zdrowia osób podopiecznych i ich rodzin.

.....
(czytelny podpis osoby świadczącej opiekę wytchnieniową)

Białystok, dnia