

**Zgłoszenie szkolenie z wniosku o płatność**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko Beneficjenta |  |
| Nazwa Instytucji |  |
| Adres |  |
| e-mail |  |
| Telefon |  |
| Dodatkowe potrzeby organizacyjne wynikające z niepełnosprawności |  |

Zgodnie z Ustawą z dnia 10.05.2018 roku o Ochronie Danych Osobowych wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (nazwa podmiotu, imię i nazwisko , adres, telefon, e-mail, zakres tematyczny, numer umowy o przyznanie pomocy) przez LGD do celów związanych z udokumentowaniem doradztwa.

……………………….

Podpis uczestnika

Klauzula informacyjna

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest (LGD) z siedzibą w Choceniu, ul. Sikorskiego 12, 87-850 Choceń,

2. Pani/Pana danych osobowe przetwarzane będą w celu udokumentowania udokumentowania odbytego doradztwa i nie będą udostępniane innym odbiorcą

3.Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania,

4.Podanie danych osobowych jest dobrowolne