**ZGŁOSZENIE INICJATYWY NA RZECZ OSÓB STARSZYCH**

**Termin zgłoszeń: do 10 luty 2020 r. , godz. 16.00**

**Zgłoszenia inicjatyw należy przesłać na załączonym formularzu do biura LGD na adres e-mail:** **partnerstwo.naklo@wp.pl** **lub dostarczyć osobiście do siedziby LGD przy ul. Powstańców**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa organizacji/instytucji zgłaszającej** |  |
| **Inicjatywa realizowana dla mieszkańców gminy …** |  |
| **Imię i nazwisko osoby do kontaktu** |  |
| **Telefon osoby do kontaktu**  |  |
| **Krótki opis inicjatywy** (np. zorganizowanie spotkania z dietetykiem, warsztat rękodzieła, pokaz kulinarny, wykład nt. …, etc.)  |
|  |
| **Miejsce realizacji – adres**  |  |
| **Koszty**  |
| Rodzaj kosztu (np. wynagrodzenie wykładowcy, zakup materiałów, poczęstunek, etc.)  | Szacunkowa wartość (w PLN)  |
|  |  | zł  |
|  |  | zł  |
|  |  | zł  |
|  |  | zł  |
|  |  | zł  |

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

1. *Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Stowarzyszenie „Partnerstwo dla Krajny i Pałuk” z siedzibą w Nakle nad Notecią, ul. Powstańców Wielkopolskich 6, KRS: 0000315055 (administrator danych osobowych) zgodnie z rozporządzeniem 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). Podanie danych jest dobrowolne.*
2. *Podstawą przetwarzania danych jest moja zgoda.*
3. *Przyjmuję do wiadomości, że dane osobowe będą przetwarzane przez Stowarzyszenie „Partnerstwo dla Krajny i Pałuk”, będące Lokalną Grupą Działania dla obszaru powiatu nakielskiego, w celu realizacji, monitoringu i kontroli realizowanej inicjatywy na rzecz osób starszych.*
4. Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do moich danych osobowych oraz do ich poprawiania.
5. Jestem świadoma(-my), iż w razie pytań lub wątpliwości mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych: e-mail: kontakt@systems.et.pl, tel. 782 400 933

…………………………………………………………. …………………………………………………………………….. Miejscowość, data Podpis osoby upoważnionej do reprezentacji

**Uwaga:** zgłoszenia niepodpisane nie będą rozpatrywane.