**Zakres danych osobowych uczestników projektu powierzonych do przetwarzania.**

**Dane projektu: FESL.07.07-IZ.01.-03B7/23**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nazwa Instytucji | Fundacja Śląskie Hospicjum dla Dzieci Świetlikowo |
| Dane uczestnika | Obywatelstwo | □ brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE□ brak polskiego obywatelstwa lub kraju spoza UE, bezpaństwowiec□ obywatelstwo polskie |
| Rodzaj uczestnika | INDYWIDUALNY |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL |  |
| Płeć |  |
| Data urodzenia |  |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  |
| Wykształcenie | NIE DOTYCZY |
| Dane teleadresowe | Kraj |  |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Nr budynku |  |
| Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |
| Status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu | Osoba obcego pochodzenia | □ tak□ nie |
| Osoba państwa trzeciego\* obywatel kraju spoza UE | □ tak□ nie |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane) | □ tak□ nie□ odmowa podania |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | □ tak□ nie |
| Osoba z niepełnosprawnościami | □ tak□ nie□ odmowa podania |
| Szczegóły wsparcia(wypełnia Fundacja) | Data rozpoczęcia udziału w projekcie |  |
| Data zakończenia udziału w projekcie |  |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | NIE DOTYCZY |

 **Przetwarzający:** ………..………………………………
**\***(wypełnia Fundacja) (data i podpis)