**Informacja szczegółowa**

**dotycząca realizacji zadania publicznego**

**pt. „Organizacja wypoczynku letniego w formie półkolonii w 2024 roku z programem promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej, dla dzieci rolników objętych rolniczym systemem ubezpieczenia społecznego, urodzonych od dnia 01 stycznia 2008 roku”**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Nazwa Organizacji:**  |  |
| **2. Adres Organizacji** |
| Ulica |  |
| Nr budynku |  | Nr lokalu |  | Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |  | - |  |  |  | Poczta |  |
| Nr telefonu |  | **E-mail** |  |
| Dokładny adres strony internetowej lub profilu na portalu społecznościowym |  |
| Nr NIP |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3. Osoba odpowiedzialna za realizację zadania**  |
| Imię i nazwisko |  |
| Nr telefonu |  | E-mail |  |
| **4. Liczba uczestników** wypoczynku letniego w formie półkolonii w 2024 roku, na którą zostało przyznane dofinansowanie ze środków Funduszu Składkowego |  |
| **5. Wysokość dofinansowania na 1 uczestnika** wypoczynku | zł |
| **6. Kwota ogółem przyznanego dofinansowania** | zł |
| **7. Liczba załączników** do Informacji szczegółowej  |  |
|  |

**UWAGA!** Dla każdego obiektu, w którym realizowane będą turnusy należy wypełnić osobny załącznik!

…………………….... …..…………………… …………………………….

miejscowość i data pieczęć Organizatora podpis i pieczęć imienna osób/osoby upoważnione

**INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Ja, niżej podpisana/y, oświadczam, że zgodnie z art. 13 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, została/em poinformowana/ny, że:

1. administratorem podanych przeze mnie danych osobowych jest Fundusz Składkowy Ubezpieczenia Społecznego Rolników z siedzibą w Warszawie (00-014) przy ul. Moniuszki 1A, NIP: (526 001 52 77). Kontakt z administratorem jest możliwy za pośrednictwem adres e-mail: funduszskladkowy@fsusr.gov.pl, formularza kontaktowego znajdującego się pod adresem: <https://fsusr.gov.pl/kontakt.html> lub pisemnie na adres siedziby administratora;
2. W sprawach dotyczących danych osobowych należy kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych (IOD), z którym można skontaktować się pisemnie (pod adresem siedziby administratora), lub za pośrednictwem adres e-mail: iod@fsusr.gov.pl;
3. dane osobowe będą przetwarzane przez administratora w celu:
4. wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. e RODO, jakim w tym przypadku jest organizowanie wypoczynku letniego w formie półkolonii w 2024 roku z programem promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej, dla dzieci rolników objętych rolniczym systemem ubezpieczenia Społecznego, urodzonych od dnia 01 stycznia 2008 roku (§ 2 ust. 1 Statut Funduszu Składkowego Ubezpieczenia Społecznego Rolników),
5. wypełnienia obowiązków ustawowych ciążących na administratorze, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c ROD, jakimi są w tym przypadku obowiązki określone w art. 77a ust. 5 ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz.U. z 2024 r., poz. 90),
6. w celu obrony przez ewentualnymi roszczeniami związanych z zawartą z Panem/Panią umową;
7. podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz jednocześnie jest warunkiem koniecznym przystąpienia do konkursu złożenia wniosku, a w dalszej kolejności zawarcia i wykonywania umowy, jak również wykonania innych czynności formalnoprawnych niezbędnych do realizacji ww. celów;
8. dane osobowe nie wymagane przepisami prawa udostępniam dobrowolnie na podstawie art. 6 ust 1. lit a rozporządzenia ogólnego o ochronie danych osobowych (dobrowolna zgoda);
9. przekazywanie danych osobowych będzie odbywało się na zasadzie obowiązujących przepisów, jedynie do tych podmiotów, które stosowne dane powinny otrzymać szczególnie dla realizacji moich potrzeb, a także w celu realizacji statutowych zadań Funduszu Składkowego (m.in. Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Urząd Skarbowy, Prokuratura, Policja, Poczta Polska S.A., oraz podmioty związane np. z obsługą IT oraz telefoniczną Funduszu Składkowego) oraz w celu ustalenia, dochodzenia lub obrony przed roszczeniami (kancelaria prawna);
10. dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z aktualnie obowiązujących przepisów, dotyczących archiwizacji dokumentacji w tym zakresie tj. 5 lat, a także po jego zrealizowaniu, przez okres niezbędny do ewentualnego ustalenia i dochodzenia przez administratora roszczeń wobec Pana(i) lub obrony przed Pana(i) roszczeniami wobec administratora, który standardowo wynosi 6 lat. Jeśli toczy się spór, proces sądowy lub trwa inne postępowanie, okres archiwizacyjny będzie liczony od dnia prawomocnego zakończenia sporu.
11. mam prawo (na pisemny wniosek) dostępu do treści swoich danych oraz prawo do ich sprostowania, przenoszenia, oraz prawo do usunięcia (z zastrzeżenie art. 17 ust. 3 lit. b oraz lit. e RODO), ograniczenia przetwarzania i wniesienia sprzeciwu co do danych osobowych, których podanie jest dobrowolne;
12. przysługuje mi prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych - ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa) gdy uznam, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
13. dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania;
14. dane nie podlegają przekazaniu poza Unię Europejską, Europejski Obszar Gospodarczy lub organizacji międzynarodowej.

………………………………………………………..…..……….

Data i czytelny podpis składającego Oświadczenie

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z  art. 6 ust. 1 lit b) 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 wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wskazanych w powyższym formularzu przez Fundusz Składkowy Ubezpieczenia Społecznego Rolników z siedzibą w Warszawie przy ul. Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa przekazanych na potrzeby realizacji wypoczynku letniego w formie półkolonii w 2024 r.

Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

……………………………………………….

(czytelny podpis)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Wyszczególnienie | Informacja Organizatora |
| 1. | Nazwa i adres obiektuTel./e-mail |  |
| 2. | Termin turnusu | Nr zgłoszenia do Kuratorium Oświaty [[1]](#footnote-1), [[2]](#footnote-2) | Liczba dzieci  | Liczba kadry pedagogicznej | Liczba osób pełniących opiekę medyczną |
| objętych dofinansowaniem FSUSR | nieobjętych dofinansowaniem FSUSR |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |  |
| 3. | Rodzaj obiektu(ośrodek wypoczynkowy, dom wczasowy, pensjonat, itp.) |  |
| Liczba miejsc w obiekcie ogółem |  |
| 4. | Planowane zajęcia w ramach: |
| 4.1. Promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej(należy wypisać w punktach – krótko i syntetycznie) |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| … |
|  |
| * 1. Promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej, polegające na zorganizowaniu wycieczek turystyczno-krajoznawczych

 (należy wypisać w punktach – krótko i syntetycznie) |  |
|  |
| … |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Planowane koszty organizacji turnusu/ów**  |
| Lp. | Wyszczególnienie | **Liczba uczestników objętych dofinansowaniem** | **Koszty kwalifikowane** |
| **Koszt na  jednego uczestnika wypoczynku**(dot. uczestników objętych dofinansowaniem) | **Koszt wypoczynku ogółem** (dot. uczestników objętych dofinansowaniem) |
| I. Koszty kwalifikowane  |  |  |  |
| 1. | Wynajęcie obiektu lub wydzielonego pomieszczenia w obiekcie, gdzie prowadzone będą zajęcia w ramach turnusów półkolonijnych |  |  |  |
| 2. | Wyżywienie |  |  |
| 3. | Wynagrodzenie kadry pedagogicznej i opieki medycznej |  |  |
| 4. | Zajęcia w ramach promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej podczas turnusu, w tym w szczególności: |  |  |
| a) Zajęcia w ramach promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej, |  |  |
| b) Zajęcia w ramach promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej, polegające na zorganizowaniu wycieczek turystyczno-krajoznawczych |  |  |
| 5. | Transport  |  |  |
| 6. | Ubezpieczenie |  |  |
| Suma kosztów kwalifikowanych (poz. 1+2+3+4+5+6): |  |  |
| II. Koszty niekwalifikowane |  |  |
| Suma kosztów kwalifikowanych i niekwalifikowanych |  |  |

|  |
| --- |
| Źródła finansowania turnusu/turnusów |
| Lp. | Wyszczególnienie | Finansowanie jednego uczestnika objętego dofinansowaniem | Finansowanie ogółem (dot. uczestników objętych dofinansowaniem) | Procentowy udział źródeł finansowania w ogólnym koszcie wypoczynku  |
|  | Kwota przyznanego dofinansowania ze środków Funduszu Składkowego zgodnie z decyzją z …………2024 r. | zł | zł | % |
| 2. | Odpłatność rodziców lub opiekunów prawnych zgodnie z deklaracją zawartą w pkt. 13.2 oferty konkursowej | zł | zł | % |
| 3. | Inne źródła finansowania (wymienić) zgodnie z deklaracją zawartą w pkt. 13.3 oferty konkursowej | zł | zł | % |
| 4. | Finansowy wkład własny Organizatora zgodnie z deklaracją zawartą w pkt. 13.4 oferty konkursowej  | zł | zł | % |
| 5. | Łączna kwota środków (suma pozycji 2 – 4)  | zł | zł | % |
| 6. | RAZEM (poz. 1+5): | zł | zł | 100% |

………………………………. ………………………… .…………………………

miejscowość i data pieczęć Organizatora podpis i pieczęć imienna

 osoby upoważnionej

1. W jednym Ośrodku w tym samym czasie, Organizacja może zgłosić tylko jeden turnus; [↑](#footnote-ref-1)
2. Jedno zgłoszenie do Kuratorium Oświaty może dotyczyć realizacji wypoczynku w jednym Ośrodku. [↑](#footnote-ref-2)