##  Załącznik nr 7

# WNIOSEK O NADANIE/ZMIANĘ DOSTĘPU DLA OSOBY UPRAWNIONEJ W RAMACH SL2014

|  |
| --- |
| **Dane beneficjenta:** |
| **Kraj** |  |
| **Nazwa beneficjenta** |  |
| **NIP Beneficjenta** |  |
| **Nr projektu** |  |

|  |
| --- |
| **Dane osoby uprawnionej:** |
| **Kraj** |  |
| **PESEL** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **Imię** |  |
| **Adres e-mail** |  |

|  |
| --- |
| **Oświadczenie osoby uprawnionej:**  |
|  Ja niżej podpisany/a …………………………………….. ……………………………………………… oświadczam, że: Imię Nazwisko* Zapoznałem/am się z *Regulaminem bezpieczeństwa informacji przetwarzanych w aplikacji głównej centralnego sytemu informatycznego* i zobowiązuje się do jego przestrzegania*;*
* Zapoznałem/am się z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych, w tym z ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2014 r., poz. 1182, z późn. zm), przepisami wykonawczymi do tej ustawy oraz zobowiązuje się do przestrzegania zasad przetwarzania danych osobowych określonych w tych dokumentach;
* Zobowiązuje się do zachowania w poufności wszystkich danych osobowych lub dokumentów uzyskanych w związku z wykonywaniem działań w ramach SL2014, a także do zachowania w poufności informacji o stosowanych sposobach zabezpieczenia danych osobowych, również po wygaśnięciu upoważnienia do przetwarzania danych osobowych w zbiorze: *Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych*.

………………………………………………………………..Data, podpis osoby uprawnionej |

|  |
| --- |
| **Aplikacja obsługi wniosków o płatność, w tym:** |
| * Wnioski o płatność
 |
| * Korespondencja
 |
| * Harmonogram płatności
 |
| * Monitorowanie uczestników projektu
 |
| * Zamówienia publiczne
 |
| * Personel projektu
 |

|  |
| --- |
| **Oświadczenie beneficjenta:** |
| Oświadczam, że wszystkie działanie w SL2014, podejmowane przez osoby uprawnione zgodnie z niniejszym załącznikiem będą działania podejmowanymi w imieniu i na rzecz:…………….…………………………………………………………………….nazwa beneficjenta |
| **Data sporządzenia wniosku** |  |
| **Podpis beneficjenta**  |  |

# Wniosek o wycofanie dostępu dla osoby uprawnionej w ramach SL2014

|  |
| --- |
| **Dane beneficjenta** |
| **Kraj** |  |
| **Nazwa beneficjenta** |  |
| **NIP Beneficjenta** |  |
| **Nr projektu** |  |

|  |
| --- |
| **Dane osoby uprawnionej** |
| **Kraj** |  |
| **PESEL** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **Imię** |  |
| **Adres e-mail** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Data sporządzenia wniosku** |  |
| **Podpis beneficjenta**  |  |