Włoszczowa dn……………….

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych i zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) i przyjmuje do widomości poniższe informacje:

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie we Włoszczowie, ul. Wiśniowa 10, 29-100 Włoszczowa

2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adresem email: rk@ncnetcom.pl lub pd@ncnetcom.pl *,*

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu :

* przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze;
* przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi;
* w innych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody;

 na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust.2 lit. g - ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r ,

4) odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa

5) Pana/Pani dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji wskazanych w pkt. 3 celów, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy prawa*,*

6) posiada Pani/Pan prawo do: żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub o prawie do wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych,

7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych,

8) podanie Pani/Pana danych jest wymogiem ustawowym, wynika z realizacji obowiązków wynikających z przepisów prawa.

…………………………………….

 ( podpis wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/ na oświadczam, że podczas pobytu na turnusie rehabilitacyjnym nie będę pełnił/a funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.

…………………………………….

 ( podpis wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIE\***

Oświadczam, że opiekun przebywający ze mną na turnusie :

- nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,

- nie jest osoba niepełnosprawną,

- ukończył 18 lat lub

- ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny

…………………………………….

 ( podpis wnioskodawcy)

\*wypełnić w przypadku pobytu opiekuna na turnusie