

	SYSTEM ZARZĄDZANIA BEZPIECZEŃSTWEM INFORMACJI	Ozn.	IT-I-12-F4
	OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH	Data wyd.	02.01.2025 r.
		Nr wyd.	2
		Strona/stron	1 z 2

Nr IT-I-12-F4/ ZDO/ PZON / 02 / 03
(nadaje Inspektor Ochrony Danych)

Pleszew, dn.

.....
imię i nazwisko

.....
Adres (dane kontaktowe)

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z ubieganiem o wydanie legitymacji osoby niepełnosprawnej.

Dane przetwarzane w zbiorze:

- | | |
|---|------------------------------------|
| - nazwiska i imiona, | - PESEL, |
| - adres zamieszkania lub pobytu, | - seria i numer dowodu osobistego, |
| - adres email, | - numer telefonu, |
| - wizerunek osoby niepełnosprawnej postaci fotografii, | |
| - orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności. | |

- stan zdrowia,

- nałogi,

Odbiorcy lub kategorie odbiorców, którym dane mogą być przekazywane:

Policja, Prokuratura.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich nie podanie skutkować będzie brakiem możliwości ubiegania się o wydanie legitymacji osoby niepełnosprawnej.

.....
podpis osoby przyjmującej oświadczenie

.....
podpis osoby składającej oświadczenie

Podstawa Prawna:

- art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a, c, 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 (Ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych);
- art. 6ca Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2024 r. poz. 44 ze zm.).

	SYSTEM ZARZĄDZANIA BEZPIECZEŃSTWEM INFORMACJI	Ozn.	IT-I-12-F4
	OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH	Data wyd.	02.01.2025 r.
		Nr wyd.	2
		Strona/stron	2 z 2

INFORMACJA O PRYWATNOŚCI

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pleszewie ul. Kazimierza Wielkiego 7A, 63-300 Pleszew, tel. 62 7420 161, e-mail: sekretariat@pcpr-pleszew.pl
2. W sprawach związanych z danymi osobowymi można kontaktować się z inspektorem ochrony danych pod adresem e-mail: iod@pcpr-pleszew.pl
3. Dane osobowe przetwarzane będą w okresie realizacji zadania i przechowywane w archiwum zgodnie z instrukcją kancelaryjną,
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa,
5. Posiada Pani/Pan prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania,
6. Ma Pani/ Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego,
7. Administrator nie będzie przetwarzać danych osobowych w innym celu niż cel, w którym dane osobowe zostały zebrane na podstawie przepisów prawa,
8. Pani/ Pana dane osobowe nie będą przekazywane odbiorcy w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej,
9. Pani/ Pana dane osobowe nie podlegają profilowaniu.

Oświadczam iż zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną o prywatności.

.....
podpis osoby przyjmującej oświadczenie

.....
podpis osoby składającej oświadczenie