

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

Nr IT-I-12-F4/ZDO/PZON/01/04  
(nadaje Inspektor Ochrony Danych)

Pleszew, dn. ....

.....  
*imię i nazwisko*

.....  
*imię i nazwisko podopiecznego*

.....

.....

.....

.....

.....  
*Adres (dane kontaktowe)*

.....  
*Adres (dane kontaktowe podopiecznego)*

## OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z ubieganiem o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności.

### Dane przetwarzane w zbiorze:

- |  |   |
|--|---|
| - nazwiska i imiona,                       | - PESEL,                                  |
| - imiona rodziców,                         | - seria i numer dowodu osobistego,        |
| - data urodzenia,                          | - seria i numer paszportu,                |
| - miejsce urodzenia,                       | - seria i/lub numer legitymacji szkolnej, |
| - adres zamieszkania lub pobytu,           | - numer telefonu,                         |
| - wykształcenie,                           | - stan cywilny,                           |
| - adres e-mail,                            | - stan rodzinny,                          |
| - adres e-doręczenia,                      | - zawód,                                  |
| - świadczenia z ubezpieczenia społecznego, | - miejsce pracy,                          |
| - stan zdrowia,                            | - nałogi,                                 |

### Odbiorcy lub kategorie odbiorców, którym dane mogą być przekazywane:

Wojewódzki Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Województwie Wielkopolskim,  
Miejskie/ Gminne Ośrodki Pomocy Społecznej, Centra Usług Wspólnych, Zakłady Ubezpieczeń Społecznych,  
Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Sądy, Policja, Prokuratura.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich nie podanie skutkować będzie brakiem możliwości ubiegania się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności.

.....  
*podpis osoby przyjmującej oświadczenie*

.....  
*podpis osoby składającej oświadczenie*

### Podstawa Prawna:

- art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a, c, h 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. 6b 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
	<b>OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH</b>	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](mailto: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](mailto: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*