|  |
| --- |
| *Powiatowy Zespół. ds. Orzekania*  *o Niepełnosprawności*  *39-400 Tarnobrzeg*  *ul. Kopernika 3*  ***Dane osoby:***  *Nazwisko: ........................................................................*  *Imię :.................................................................................*  *Nr PESEL :.......................................................................*  ***Zgoda na przetwarzanie danych osobowych***  *Ja niżej podpisany wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO\* wyraźną  i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych/ mojego dziecka/osoby nad którą sprawuję opiekę przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Tarnobrzegu w celu:*   * *wydania orzeczenia o niepełnosprawności /stopniu niepełnosprawności/ o wskazaniach do ulg i uprawnień,* * *wydania legitymacji osoby niepełnosprawnej / karty parkingowej* * *komunikacji za pośrednictwem telefonu stacjonarnego / poczty informacji dot. planowanych komisji lekarskich.*   *Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie  o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałem również poinformowany o tym, że dane zbierane są przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Tarnobrzegu (administratora danych osobowych) w celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.*  *czytelny podpis i data wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do jego reprezentowania.*  *…………………………………………………………………* |