

Data wpływu

....., dnia

.....
(Imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....
(ulica, nr domu, nr mieszkania)

.....
(kod pocztowy, nazwa miejscowości)

.....
(numer telefonu)

W N I O S E K

o wydanie Zachodniopomorskiej Karty Seniora

Wnoszę o wydanie Zachodniopomorskiej Karty Seniora.

Proszę zaznaczyć odpowiednio:

Nowej Karty Duplikatu Karty

.....
(Imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....
(data urodzenia)

.....
PESEL

KLAUZULA INFORMACYJNA

W związku z zapisami art. 13 oraz art. 14 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) (Dz. Urz. UE. z 2016 r., seria L Nr 119, poz. 1) informujemy, że Administratorem Państwa danych osobowych jest: Województwo Zachodniopomorskie ul. Korsarzy 34, 70-540 Szczecin a obsługę Województwa Zachodniopomorskiego prowadzi Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego.

Na mocy art. 37 ust. 1 lit. a) RODO Administrator (AD) wyznaczył Inspektora Ochrony Danych (IOD), który w jego imieniu nadzoruje sferę przetwarzania danych osobowych. Z IOD można kontaktować się pod adresem mail: abi@wzp.pl.

Administrator przetwarza Państwa dane w celu realizacji Programu Zachodniopomorskiej Karty Rodziny/ Zachodniopomorskiej Karty Seniora realizowanego przez Samorząd Województwa Zachodniopomorskiego w ramach Wojewódzkiego Programu Wspierania Rodziny i Systemu Pieczy Zastępczej na lata 2014 – 2020 pn. Region dla Rodziny, przyjętego Uchwałą Nr XXXVIII/517/14 Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego w dniu 30 września 2014 r.

Administrator przetwarza Państwa dane osobowe w ściśle określonym, minimalnym zakresie niezbędnym do osiągnięcia celu, o którym mowa powyżej. Administrator powierza zbieranie Państwa danych Kierownikowi Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Ustroniu Morskim, ul. Osiedlowa 2b, 78 – 111 Ustronie Morskie w celu realizacji Programu Zachodniopomorskiej Karty Rodziny/ Zachodniopomorskiej Karty Seniora realizowanego przez Samorząd Województwa Zachodniopomorskiego w ramach Wojewódzkiego Programu Wspierania Rodziny i Systemu Pieczy Zastępczej na lata 2014 – 2020 pn. Region dla Rodziny, przyjętego Uchwałą Nr XXXVIII/517/14 Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego w dniu 30 września 2014 r.

Dane osobowe przetwarzane przez Administratora przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celu dla jakiego zostały zebrane. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości przystąpienia do Programu i otrzymania Zachodniopomorskiej Karty Seniora.

Każda osoba, z wyjątkami zastrzeżonymi przepisami prawa, ma możliwość:

- dostępu do danych osobowych jej dotyczących,
- żądania ich sprostowania,
- usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.

Z powyższych uprawnień można skorzystać w siedzibie Administratora, pisząc na adres AD lub drogą elektroniczną kierując korespondencję na adres abi@wzp.pl.

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego na niezgodne z RODO przetwarzanie Państwa danych osobowych przez Administratora. Organem właściwym dla ww. skargi jest:

Urząd Ochrony Danych Osobowych
ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa

.....
CZYTELNY PODPIS OSOBY SKŁADAJĄCEJ OŚWIADCZENIE

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

**Miejsce na potwierdzenie przez urząd powiatu, gminy lub miasta
danych zawartych we wniosku**

Potwierdzam zgodność danych (miejsce zamieszkania, datę urodzenia, PESEL),
na podstawie oświadczenia zawartego we wniosku o Zachodniopomorską Kartę Seniora

Potwierdzam spełnienie warunków do wydania ww. osobie
Zachodniopomorskiej Karty Seniora

.....
data

.....
podpis pracownika

.....
pieczęć urzędu

Jednocześnie oświadczam, że:

- 1) Dane zawarte we wniosku oraz oświadczenia są zgodne z prawdą, i stanem faktycznym na dzień składania wniosku, jestem świadomy/a o odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych oświadczeń oraz zobowiązuje się niezwłocznie poinformować o wszelkich zmianach danych zawartych w niniejszym wniosku;
- 2) Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych wskazanych w niniejszym wniosku w celach związanych z przeprowadzeniem procedury przyznania i wydania Zachodniopomorskiej Karty Seniora;
- 3) Zapoznałem się/zapoznałam się w warunkami otrzymania Karty oraz z zapisami Regulaminu Zachodniopomorskiej Karty Seniora;
- 4) Zostałam poinformowana / zostałem poinformowany, że Karta ma charakter osobisty i nie może być użyczana, bądź odstępowana nieuprawnionym osobom.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

Wnoszę o następującą formę odbioru Karty: (właściwe zaznaczyć X)

- listownie na adres wskazany w niniejszym wniosku
- osobiście w siedzibie Ośrodka, w którym składam niniejszy wniosek.