|  |
| --- |
| 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.  ………………………………………………………………… |
|  |