|  |
| --- |
| Powiatowy Zespół. ds. Orzekania o Niepełnosprawności39-400 Tarnobrzegul. 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. Orzekaniao 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.………………………………………………………………… |
|  |