

**Data wpływu do właściwego Urzędu**

**Gminy/ Miasta …………………….**

**……………………..., 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 Wójtowi Gminy Ustronie Morskie ul. Rolna 2, 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 zobowiązuję się niezwłocznie poinformować o wszelkich zmianach danych zawartych w niniejszym wniosku;**

1. **Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych wskazanych w niniejszym wniosku w celach związanych z przeprowadzeniem procedury przyznania i wydania Zachodniopomorskiej Karty Seniora;**
2. **Zapoznałem się/zapoznałam się w warunkami otrzymania Karty oraz z zapisami Regulaminu Zachodniopomorskiej Karty Seniora;**
3. **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 Urzędu, w którym składam niniejszy wniosek.**