…………………………………………………... Imię i nazwisko

…………………………………………………… Adres zamieszkania

…………………………………………………… PESEL

…………………………………………………… Telefon kontaktowy

# ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH ORAZ DANYCH WRAŻLIWYCH

**oraz na otrzymywanie informacji telefonicznej (SMS) lub e-mail**

Wyrażam świadomie zgodę na przetwarzanie moich danych oraz danych członków gospodarstwa domowego\*:

……..………………………………………………………………………………........….......................

…....................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................

-udostępnionych i pozyskanych w postaci słownej, tradycyjnej (pisemnej) oraz w systemach elektronicznych w związku z wykonywaniem obowiązków służbowych przez pracowników Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Szklarskiej Porębie w zakresie realizacji ustawowych zadań i prawnie ustalonego celu związanego z ich realizacją.

Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione upoważnionym podmiotom i być przetwarzane w celu realizacji wniosku.

Wyrażam również zgodę na przekazywanie i występowanie do innych organów w ramach postępowania zainicjowanego wnioskiem w celu uzyskania moich danych.

Wyrażam również zgodę na otrzymywanie od Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Szklarskiej Porębie telefonicznie na wskazany przeze mnie numer telefonu kontaktowego, adres e-mail informacji, dotyczących czynności i zadań realizowanych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Szklarskiej Porębie w rozumieniu ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną z dnia 18 lipca 2002 r. (Dz.U. 2020.0.344) w formie:

* krótkiej wiadomości tekstowej (sms) na numer telefonu, dotyczącej czynności związanych z prowadzeniem postępowań

.....................................................................................................................

* e-mail na adres poczty elektronicznej, dotyczącego czynności związanych
z prowadzeniem postępowań

….................................................................................................................

* przypomnienia telefonicznego na numer telefonu dotyczącego czynności związanych z prowadzeniem postępowań

…...............................…………………………………………........................

Szklarska Poręba, dnia …..………......... ..….......…..……………………........................

czytelny podpis osoby udzielającej zgody

**Informacja dla osoby wyrażającej zgodę na przetwarzanie danych osobowych oraz danych wrażliwych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Szklarskiej Porębie o jej prawach.**

Zgodnie z art. 13 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.U.UE.L.2016.119.1)
informuję, że:

1. Administratorem Pani/a danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy
Społecznej z siedzibą w Szklarskiej Porębie ul. Jedności Narodowej 11 reprezentowany
przez dyrektora MOPS w Szklarskiej Porębie Elżbietę Pawłowską
2. W sprawach związanych z Pani/a danymi proszę kontaktować się z Inspektorem
Ochrony Danych: Adam Szumowski email: adam@szumowski.com.pl
3. Dane będą przechowywane do czasu istnienia obowiązku ustawowego.
4. Ma Pan/i prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
5. Ma Pan/i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania, a w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych do jej wycofania. Skorzystanie z prawa cofnięcia zgody nie ma wpływu na przetwarzanie, które miało miejsce do momentu wycofania zgody.

**Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem jest obligatoryjne,
w pozostałych przypadkach jest dobrowolne, lecz może skutkować brakiem możliwości
rozpatrzenia złożonego wniosku.**

Zapoznałam/-em się: ………………...................................…............................

data i czytelny podpis

\* niepotrzebne skreślić