ZESPÓŁ SZKÓŁ MEDYCZNYCH IM. JANUSZA KORCZAKA W PRUDNIKU

....

nazwisko i imię rodzica / opiekuna *miejscowość, data*

.....

.....

adres zamieszkania

PODANIE O PRZYJĘCIE DO INTERNATU

Proszę o umożliwienie zakwaterowania w Internacie Zespołu Szkół Medycznych im Janusza Korczaka w roku szkolnym 20..... / 20.....

Jestem uczniem /słuchaczem.....

(typ szkoły)

I Dane dotyczące ucznia *(wypełnić drukowanymi literami)*

1. Imię / imiona .....

2. Nazwisko .....

3. Data i miejsce urodzenia .....

PESEL											

4. Stały adres zamieszkania .....

(ulica, nr domu/mieszkania kod pocztowy, poczta)

.....

(gmina, powiat, województwo, telefon)

II Dane dotyczące rodzica / opiekuna prawnego

5. Nazwisko i imię matki .....telefon .....

6. Nazwisko i imię ojca .....telefon.....

7. Nazwisko i imię opiekuna prawnego.....telefon.....

.....

data, podpis rodzica / opiekuna prawnego / ucznia / słuchacza

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie 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 **wyrażam zgodę** na przetwarzanie niżej wymienionych moich danych osobowych oraz danych mojego dziecka.

Jednocześnie zgodnie z art. 13 ust. 1 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 przyjmuję do wiadomości, że:

- Administratorem danych jest Zespół Szkół Medycznych im. Janusza Korczaka w Prudniku z siedzibą w przy ul. Piastowskiej 26, 48-200 Prudnik,
- Kontakt z inspektorem ochrony danych w Zespole Szkół Medycznych im. Janusza Korczaka w Prudniku, e-mail iod@zskorczak-prudnik.pl , tel. 77-4362784,
- Dane będą przetwarzane wyłączenie zgodnie z określonym celem – rekrutacja, zakwaterowanie.
- Dane będą udostępniane wyłącznie Zespołowi Szkół Medycznych im. Janusza Korczaka w Prudniku,
- Pani/Pana dane będą przechowywane przez okres wskazany JRWA Zespole Szkół Medycznych im. Janusza Korczaka w Prudniku,
- Nie podanie w/w danych osobowych będzie skutkowało brakiem możliwości świadczenia usługi przez Zespół Szkół Medycznych im. Janusza Korczaka w Prudniku,
- Przysługuje mi prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
- Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do UODO, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy 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,
- Pani /Pana dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany oraz tradycyjny,
- Dane podaję dobrowolnie.

.....

data, podpis rodzica / opiekuna prawnego / ucznia / słuchacza