

**INFORMACJA
O KANDYDATACH NA SZKOLENIE
DO PEŁNIENIA FUNKCJI RODZINY ZASTĘPCZEJ
LUB PROWADZĄCEGO RODZINNY DOM DZIECKA**

IMIONA		
NAZWISKA		
imiona rodziców i nazwisko rodowe matki		
data urodzenia i miejsce urodzenia rodzica zastępczego		
PESEL		
nr dowodu osobistego/paszportu		
adres zamieszkania		
nr telefonu kontaktowego		
adres e-mail		

KLAUZULA INFORMACYJNA I ZGODA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu: postępowania kwalifikacyjnego do pełnienia funkcji rodziny zastępczej niezawodowej, zawodowej, prowadzącego rodzinny dom dziecka oraz kwalifikacji do udziału w szkoleniu przez Administratora danych: tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lublińcu.
- Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
- Powyższe dane, są zbierane i wykorzystywane na podstawie mojej dobrowolnej i świadomej zgody, wyrażonej na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a i c RODO w tym: data i miejsce urodzenia, numer pesel, telefon kontaktowy – dane kontaktowe, dokument potwierdzający tożsamość, imiona i nazwiska rodziców,
- Zostałam/łem poinformowany, że przysługują mi następujące prawa:
 - dostępu do danych,
 - sprostowania danych,
 - usunięcia danych,
 - ograniczenia przetwarzania,
 - przenoszenia danych,
 - prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego,
 - prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.
- Poinformowano mnie, że wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
- Prosimy wyraźnie potwierdzić, że zgadza się Pan/Pani na przetwarzanie podanych powyżej danych osobowych:

☐ TAK

☐ NIE

.....
(data i podpis kandydatów na rodziców zastępczych)