

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon kontaktowy

Wielkopolskie Samorządowe
Centrum Edukacji i Terapii
w Starej Łubiance

WNIOSEK O PRZYJĘCIE DZIECKA NA TERAPIĘ/TURNUS TERAPEUTYCZNY

Imię i nazwisko
(mojego dziecka, podopiecznego, pełnoletniego ucznia)*

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data i miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania:

Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów prawnych)

.....
.....

Adres rodziców (opiekunów prawnych)

.....

Klasa, oddział:

Data rozpoczęcia terapii/turnusu*

Czas trwania terapii/turnusu*

Uzasadnienie złożenia wniosku:

.....
.....

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia*)

*właściwie podkreślić

KLAUZULA INFORMACYJNA ADMINISTRATORA DLA KANDYDATÓW DO SZKOŁY W ZWIĄZKU Z PRZETWARZANIEM DANYCH OSOBOWYCH

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 w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) oraz zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 24.05.2018r. poz. 1000)

informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wielkopolskie Samorządowe Centrum Edukacji i Terapii w Starej Łubiance, ul. Kościuszkowców 2A, 64-932 Stara Łubianka, reprezentowane przez Dyrektora;
2. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi osobowymi przetwarzanymi przez Wielkopolskie Samorządowe Centrum Edukacji i Terapii w Starej Łubiance, ul. Kościuszkowców 2A, 64-932 Stara Łubianka, można kontaktować się z Administratorem za pomocą adresu e-mail: zspstaralubianka@op.pl lub nr tel. (067) 216 01 14;
3. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania Wielkopolskiego Samorządowego Centrum Edukacji i Terapii w Starej Łubiance, a także przysługujących Pani/Panu uprawnień za pomocą adresu e-mail: kielbon@ido.edu.pl lub tel. 729 057 572;
4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu przeprowadzenia rekrutacji do Wielkopolskiego Samorządowego Centrum Edukacji i Terapii w Starej Łubiance na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c oraz Art. 9 ust. 2 lit. g ogólnego rozporządzenia w związku Art. 130 ust. 4, Art. 134, Art. 149 i Art.150 Ustawy z dnia 14 grudnia 2016r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2019 r. poz. 1148, 1078, 1287, 1680, 1681, 1818, 2197, 2248), które określają treść zgłoszenia kandydata do szkoły i oświadczenia;
5. W związku z przetwarzaniem danych w celu o którym mowa w pkt. 4 odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty, którym należy udostępnić dane osobowe na podstawie przepisów prawa, a także te, którym dane mogą zostać powierzone na podstawie zawartej umowy do zrealizowania celów przetwarzania;
6. W związku z przetwarzaniem danych osobowych, na podstawie przepisów prawa, posiada Pani/Pan prawo do:
 - a) dostępu do treści swoich danych, na podstawie Art. 15 RODO,
 - b) sprostowania danych, na podstawie Art. 16 RODO,
 - c) ograniczenia przetwarzania, na podstawie Art. 18 RODO.
7. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu w Wielkopolskim Samorządowym Centrum Edukacji i Terapii w Starej Łubiance, ul. Kościuszkowców 2A, 64-932 Stara Łubianka Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa;
8. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane;
9. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej;
10. Podanie danych zawartych w niniejszym wniosku wynika z przepisów prawa, jest Pani/Pan zobowiązana(y) do ich podania. Konsekwencją niepodania danych będzie nierozpoznanie wniosku.

Dyrektor

Wielkopolskiego Samorządowego Centrum Edukacji i Terapii w Starej Łubiance
mgr inż. Anna Kubiak

Zapoznałem się.....
(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia*)

*właściwe podkreślić