

Radom, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

PEŁNOMOCNICTWO

Ja, niżej podpisany/podpisana
udzielam pełnomocnictwa *Pani/Panu
legitymującej się/legitymującego się dowodem osobistym nr
do złożenia wniosku z załącznikami do Komisji Zdrowotnej.

.....
Podpis osoby udzielającej pełnomocnictwo

*** wskazana osoba do złożenia wniosku wraz z załącznikami okazuje się dowodem tożsamości (do wglądu).**

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE informuje, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Radomiu te. (48) 362-13-31 ,
email: sekretariat@ckziu.radom.pl
2. W sprawach dotyczących przetwarzania danych można kontaktować się z **IOD – email: iod@ckziu.radom.pl**
3. Pozyskane dane osobowe będziemy przetwarzać w celu: złożenia wniosku przez pełnomocnika wnioskodawcy.
 - Wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze zgodnie z art. 6 ust 1 lit c RODO.
4. Dane osobowe pełnomocnika nie będą udostępniane innym podmiotom. Dostęp do danych posiada tylko komisja zdrowotna.
5. Prawo osoby której dane dotyczą : dostępu do danych, sprostowanie danych, wniesienie skargi do PUODO.
6. Dane osobowe będą przetwarzane tylko w momencie weryfikacji osoby upoważnionej (po okazaniu dowodu osobistego).
Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do złożenia wniosku przez upoważniającego.