

Data wpływu do właściwego Urzędu
Gminy/Miasta.....

....., dnia

.....
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)
.....
(ulica, nr domu, nr mieszkania)
.....
(kod pocztowy, nazwa miejscowości)
.....
(numer telefonu)

W N I O S E K

o wydanie Zachodniopomorskiej Karty Rodziny

Wnoszę o wydanie sztuk Zachodniopomorskiej Karty Rodziny

Proszę zaznaczyć odpowiednio:

- Nowe Karty
 duplikaty z powodu: zgubienia karty przedłużenie terminu poprawy danych
ważności

Oświadczam, że moja rodzina składa się z następujących osób wspólnie zamieszkających pod
wyżej wskazanym adresem:

1.
 Rodzic
 Dziecko (terminowo bezterminowo*)
2.
(imię, nazwisko, data urodzenia, PESEL, stopień pokrewieństwa w stosunku do Wnioskodawcy)
 Rodzic
 Dziecko (terminowo bezterminowo*)
3.
(imię, nazwisko, data urodzenia, PESEL, stopień pokrewieństwa w stosunku do Wnioskodawcy)
 Rodzic
 Dziecko (terminowo bezterminowo*)
4.
(imię, nazwisko, data urodzenia, PESEL, stopień pokrewieństwa w stosunku do Wnioskodawcy)
 Rodzic
 Dziecko (terminowo bezterminowo*)

5. (imię, nazwisko, data urodzenia, PESEL, stopień pokrewieństwa w stosunku do Wnioskodawcy)
 Rodzic
 Dziecko terminowo bezterminowo*)
6. (imię, nazwisko, data urodzenia, PESEL, stopień pokrewieństwa w stosunku do Wnioskodawcy)
 Rodzic
 Dziecko terminowo bezterminowo*)
7. (imię, nazwisko, data urodzenia, PESEL, stopień pokrewieństwa w stosunku do Wnioskodawcy)
 Rodzic
 Dziecko terminowo bezterminowo*)
8. (imię, nazwisko, data urodzenia, PESEL, stopień pokrewieństwa w stosunku do Wnioskodawcy)
 Rodzic
 Dziecko terminowo bezterminowo*)
9. (imię, nazwisko, data urodzenia, PESEL, stopień pokrewieństwa w stosunku do Wnioskodawcy)
 Rodzic
 Dziecko terminowo bezterminowo*)
10. (imię, nazwisko, data urodzenia, PESEL, stopień pokrewieństwa w stosunku do Wnioskodawcy)
 Rodzic
 Dziecko terminowo bezterminowo*)

KLAUZULA INFORMACYJNA

W związku z zapisami art. 13 oraz art. 14 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. Urz. UE. z 2016 r., seria L Nr 119, poz. 1), zwanego dalej w skrócie RODO, informujemy, że Administratorem Państwa danych osobowych jest: **Województwo Zachodniopomorskie ul. Korsarzy 34, 70-540 Szczecin** a obsługę Województwa Zachodniopomorskiego prowadzi Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego.

Na mocy art. 37 ust. 1 lit. a) RODO Administrator (AD) wyznaczył Inspektora Ochrony Danych (IOD), który w jego imieniu nadzoruje sferę przetwarzania danych osobowych. Z IOD można kontaktować się pod adresem mail: abi@wzpp.pl.

Administrator przetwarza Państwa dane osobowe, w celu realizacji Programu Zachodniopomorskiej Karty Rodziny/ Zachodniopomorskiej Karty Seniora realizowanego przez Samorząd Województwa Zachodniopomorskiego w ramach Wojewódzkiego Programu Wspierania Rodziny i Systemu Pieczy Zastępczej na lata 2014 – 2020 pn. Region dla Rodziny, przyjętego Uchwałą Nr XXXVIII/517/14 Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego w dniu 30 września 2014 r.

Administrator przetwarza Państwa dane osobowe w **ściśle określonym, minimalnym zakresie** niezbędnym do osiągnięcia celu, o którym mowa powyżej. Administrator powierza przetwarzanie Państwa danych (wstawić dane teleadresowe GMiNY), na podstawie art. 28 RODO, w celu realizacji Programu Zachodniopomorskiej Karty Rodziny/ Zachodniopomorskiej Karty Seniora realizowanego przez Samorząd Województwa Zachodniopomorskiego w ramach Wojewódzkiego Programu Wspierania Rodziny i Systemu Pieczy Zastępczej na lata 2014 – 2020 pn. Region dla Rodziny, przyjętego Uchwałą Nr XXXVIII/517/14 Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego w dniu 30 września 2014 r.

Dane osobowe przetwarzane przez Administratora przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celu dla którego zostały zebrane.

Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości przystąpienia do Programu i otrzymania Zachodniopomorskiej Karty Rodziny.

Każda osoba, z wyjątkami zastrzeżonymi przepisami prawa, ma możliwość:

- dostępu do danych osobowych jej dotyczących,
- żądania ich sprostowania,
- usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.

Z powyższych uprawnień można skorzystać w siedzibie Administratora, pisząc na adres AD lub drogą elektroniczną kierując korespondencję na adres abi@wzp.pl.

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego na niezgodne z RODO przetwarzanie Państwa danych osobowych przez Administratora. Organem właściwym dla ww. skargi jest:

Urząd Ochrony Danych Osobowych
ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa

- W przypadku osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej rodzica lub prawnego opiekuna. W przypadku osoby pełnoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane osobiście lub za okazaniem upoważnienia w sytuacji składania oświadczenia za pełnoletniego członka rodziny.

Miejsce na potwierdzenie przez urząd gminy lub miasta danych zawartych we wniosku

Potwierdzam zgodność danych (miejsce zamieszkania, PESEL-e oraz liczba osób w rodzinie)
na podstawie oświadczenia zawartego we wniosku o Zachodniopomorską Kartę Rodziny

Potwierdzam spełnienie warunków do wydania ww. osobom
Zachodniopomorskich Kart Rodziny

.....
data

.....
podpis pracownika

.....
pieczęć urzędu

Jednocześnie oświadczam, że:

- 1) Dane zawarte we wniosku oraz oświadczenia są zgodne z prawdą, i stanem faktycznym na dzień składania wniosku, jestem świadomy/a o odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych oświadczeń oraz zobowiązuję się niezwłocznie poinformować o wszelkich zmianach danych zawartych w niniejszym wniosku;
- 2) Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych wskazanych w niniejszym wniosku w celach związanych z przeprowadzeniem procedury przyznania i wydania Zachodniopomorskiej Karty Rodziny;
- 3) Zapoznałem się/zapoznałam się w warunkami otrzymania Karty oraz z zapisami Regulaminu Zachodniopomorskiej Karty Rodziny.
- 4) Zostałem poinformowany / zostałam poinformowana / zostałam poinformowana, że Karta ma charakter osobisty i nie może być używana, bądź odstępowana nieuprawnionym osobom.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

Wnoszę o następującą formę odbioru Karty: (właściwe zaznaczyć **X**)

listownie na adres wskazany w niniejszym wniosku

osobiście w siedzibie Urzędu, w którym składam niniejszy wniosek.

* zwyczajca konkursów naukowych o randze międzynarodowej lub posiadających orzeczenie o niepełnosprawności.

** za osobę niepełnoletnią lub ubezwłasnowolnioną zgodę wyraża opiekun prawny.