

.....
(imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna)

Katowice, dn. r.

ZGODA RODZICÓW NA WYJŚCIE NIEPEŁNOLETNIEGO WYCHOWAWANKA INTERNATU DO LEKARZA PIERWSZEGO KONTAKTU

Oświadczam, że wyrażam zgodę dla placówki: **Katowickie Centrum Edukacji Zawodowej im. Powstańców Śląskich w Katowicach, ul. Techników 11, 40-326 Katowice** na wyjście pełnoletniego wychowanka internatu do lekarza pierwszego kontaktu

.....
(imię i nazwisko dziecka, wiek)

KLAUZULA INFORMACYJNA

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 i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwanej dalej RODO) **Katowickie Centrum Edukacji Zawodowej im. Powstańców Śląskich w Katowicach informuje, że:**

1. Administratorem Danych Osobowych jest **Katowickie Centrum Edukacji Zawodowej im. Powstańców Śląskich w Katowicach, ul. Techników 11, 40-326 Katowice, zwanym dalej KCEZ; tel. 32 2566372, email: kcez.sekretariat@gmail.com;**
2. Dyrektor Szkoły powołał IOD - Inspektora Ochrony Danych (osoba odpowiedzialna za prawidłowość przetwarzania danych) kontakt do inspektora: e-mail: iod.kcez@gmail.com.
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu ratowania zdrowia lub życia;
4. Odbiorcami danych osobowych będą podmioty zajmujące się ratowaniem zdrowia lub życia;
5. Dane osobowe nie będą przekazane odbiorcom do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
6. Dane osobowe będą przechowywane przez okres pobytu ucznia / wychowanka w placówce a następnie podlegać będą archiwizacji zgodnie z odrębnymi przepisami określonymi przez ustawę z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach i JRWA;
7. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych dotyczących osoby, której dane dotyczą, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych;
8. Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
9. Posiada Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
10. Wyrażenie zgody jest dobrowolne, jednak jej nie wyrażenie może utrudniać pomoc medyczną i mieć wpływ na ratowanie zdrowia lub życia;
11. Administrator Danych Osobowych nie podejmuje w sposób zautomatyzowany decyzji oraz nie profiluje danych osobowych;
12. Administrator Danych Osobowych nie planuje dalej przetwarzać danych osobowych w celu innym niż cel, w którym dane osobowe zostaną zebrane.

.....
(data i czytelny podpis rodziców/prawnych opiekunów)