

Świebodzin,

.....
(Nazwisko i Imię)

.....
(Adres zamieszkania)

.....
(Nr PESEL)

NR TEL.

Prośba

Proszę o wydanie kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem orzeczenia o niepełnosprawności / stopniu niepełnosprawności z dnia.....

.....
(Czytelny podpis)

Odebrano sztuk.....

.....
(Czytelny podpis)

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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. 119.1 z 04.05.2016) informuję, iż:

Administratorem danych osobowych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Świebodzinie (66-200) przy ulicy Żaków 3. Z administratorem można skontaktować się mailowo: sekretarz@pzon.swiebodzin.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się mailowo: iod@powiat.swiebodzin.pl.

Dane przetwarzane są dla celów związanych z wydaniem kserokopii orzeczenia o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności, na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Dane osobowe mogą zostać udostępnione innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych na podstawie przepisów prawa.

Szczegółowe informacje związane z przetwarzaniem danych osobowych zamieszczone zostały w klauzuli informacyjnej wywieszanej na tablicy ogłoszeń lub na stronie internetowej: www.bip.wrotalubuskie.pl/pzonswiebodzin w zakładce „Ochrona danych osobowych”.