Klauzula informacyjna

Zgodnie z obowiązkiem nałożonym 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 (RODO), poniżej przekazujemy informacje dotyczące przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

1) administratorem danych osobowych jest Województwo Warmińsko — Mazurskie ul. E. Plater 1,

10-562 Olsztyn (dalej: Administrator);

1. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym kontakt jest możliwy pod adresem email: iod@warmia.mazury.pl;
2. dane osobowe przetwarzane będą w celu związanym z przyznaniem środków finansowych z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela oraz Pani/Pana zgody;
3. dane osobowe będą przekazywane następującym odbiorcom: Komisji rozpatrującej wnioski;
4. dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do rozpatrzenia Pani/Pana wniosku przez Komisję oraz wypełnienia obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z rozporządzania Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych;
5. w każdym czasie przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, jak również prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania;
6. jeżeli uważa Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, ma Pani/Pan prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
7. podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do przyznania środków finansowych z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną;
8. w przypadku niepodania danych nie będzie możliwe rozpatrzenie Pani / Pana wniosku o przyznanie środków finansowych z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną.

# Oświadczenie

Zgoda na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych

Czy wyraża Pani/Pan zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Województwo Warmińsko-Mazurskie, ul. E. Plater 1, 10-562 Olsztyn w celu rozpatrzenia wniosku o przyznanie środków finansowych z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną.

Ponieważ szczególne kategorie danych, tj. informacje na temat stanu zdrowia objęte są szczególną ochroną prawną, zobowiązani jesteśmy prosić Panią/Pana o wyrażenie wyraźnej zgody na ich przetwarzanie. Dlatego też zwracamy się z prośbą o wyraźne potwierdzenie, że zgadza się Pani/Pan, abyśmy przetwarzali podane przez Panią/Pana dane, o których mowa wyżej.

# NIE

 TAK, zgadzam się na to, abyście przetwarzali podane przeze mnie dane, o których mowa wyżej, w tym szczególne kategorie danych osobowych, w celu powyżej wskazanym

(imię i nazwisko)

(adres do korespondencji)

(adres e-mail, numer telefonu)



(miejscowość, data) (czytelny podpis)

Informacja o prawie cofnięcia zgody

W każdej chwili przysługuje Pani/Panu prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych. Cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.