

## KLAUZULA INFORMACYJNA

1. Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego 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 dyrektyw 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE L 119 z dnia 04.05.2016 r., str. 1), oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781), dalej RODO.

### **Informuje się ,że:**

2. Administratorem danych osobowych jest: Dyrektor Miejsko - Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej z siedzibą w Stąporkowie, ul. Piłsudskiego 132A, 26 – 220 Stąporków.

3. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych w Miejsko - Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Stąporkowie: iod@mgops-staporkow.pl.

4. Dane osobowe będą przetwarzane dla potrzeb niezbędnych do realizacji Modułu IV Programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi” przez Miejsko - Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Stąporkowie .

5. Każda osoba posiada prawo do dostępu swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania - w ramach dopuszczonych przepisami prawa.

6. Każda osoba posiada prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych, ale cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej wycofaniem.

7. W związku z przetwarzaniem każdy ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym w Polsce jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

8. Administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych zawartych w formularzu do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.

9. Dane osobowe zawarte w formularzu zostaną ujawnione jedynie organom upoważnionym do tego przepisami.

10. W oparciu o dane osobowe zawarte w formularzu administrator nie będzie podejmował zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

Miejscowość ....., data .....

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)