

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwanym dalej Rozporządzenie RODO), informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Końskich , ul. Gimnazjalna 41b, 26-200 Końskie , tel. 41 372 87 47 e-mail: pzoan@konecki.powiat.pl

2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Pana Jaromira Dylewskiego, z którym może Pani/Pan kontaktować się w sprawach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: biuro@inbase.pl lub pod numerem telefonu 22 350 01 40;

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rejestracji, analizy i realizacji wniosków o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, wskazaniach do ulg i uprawnień, wydawania legitymacji osoby niepełnosprawnej;

4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest:

- w przypadku ubiegania się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, orzeczenia o stopniu niepełnosprawności oraz orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień - Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,

- w przypadku ubiegania się o wydanie legitymacji osoby niepełnosprawnej - Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz Rozporządzenie Ministra Gospodarki Pracy i Polityki Społecznej w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności,

5. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa, a także podmioty, którym na podstawie zawartej umowy powierzono przetwarzanie danych osobowych;

6. Dane osobowe, po zrealizowaniu celu dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane w celach archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny wynikający z przepisów prawa w szczególności dotyczących archiwizowania dokumentów obowiązujących u Administratora;

7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych umożliwiających identyfikację, jest wymogiem wynikającym z przepisów prawa, jeśli Administrator tych danych nie będzie posiadał, sprawa nie będzie mogła zostać rozpatrzona;

8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;

9. Przysługuje Pani/Panu prawo żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych oraz ich prostowania;

10. Przysługuje Pani/Panu także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia;

11. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z przysługującymi mi prawami.

Obowiązuje od 01.07.2021r.

.....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy)<sup>1</sup>

.....  
(miejscowość, data )

.....  
(nr PESEL)

## **OŚWIADCZENIE**

o miejscu pobytu stałego

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. *o ewidencji ludności* (Dz. U. z 2017 r., poz. 657, z późn. zm.), zgodnie z którym pobytym stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że moim miejscem pobytu stałego/ miejscem pobytu stałego dziecka/ miejscem pobytu stałego osoby w imieniu której składam wniosek<sup>2</sup> jest:

.....  
(adres miejsca pobytu stałego)

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz. U. z 2007 r., poz. 2204 z późn. zm.) - *kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8* potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

.....  
(podpis)

<sup>1</sup> Osoba, której dotyczy wniosek o wydanie orzeczenia.

<sup>2</sup> Niepotrzebne skreślić.

## ZGODA NA WYKORZYSTYWANIE NUMERU TELEFONU

Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonu przez administratora danych tj. Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Końskich, reprezentowany przez Przewodniczącą w celu nawiązania kontaktu w dotyczących mnie rozpatrywanych sprawach. Oświadczam, że mam świadomość, iż podanie danych jest dobrowolne oraz że zgoda może być cofnięta w każdym czasie. Nr telefonu: .....

..... (data, czytelnie imię i nazwisko)

**OŚWIADCZENIE  
O ZRZECZENIU SIĘ PRAWA DO WNIESIENIA ODWOŁANIA**

Ja niżej podpisany/a .....  
zam. ....

..... PESEL /.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../

po zapoznaniu się z treścią orzeczenia o stopniu niepełnosprawności Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Końskich z dnia .....znak: .....

oświadczam, że decyzja ta jest zgodna z moim żądaniem, wobec czego zrzekam się prawa do wniesienia odwołania do Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Województwie Świętokrzyskim.

*Zgodnie z art. 127a ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (j.t. Dz. U. z 2021 r., poz. 735) z dniem doręczenia organowi administracji publicznej oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna.*

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że skutkiem zrzeczenia się odwołania będzie brak możliwości zaskarżenia w/w orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

Końskie, dnia .....

.....  
podpis