## 

## Kalisz, dnia ………………….……..………



**Magdalena Kowalska**

Kierownik

Warsztatu Terapii Zajęciowej

ul. Tadeusza Kościuszki 24

62 – 800 Kalisz

## PODANIE

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie/mojego dziecka/podopiecznego/ na Warsztat Terapii Zajęciowej w Kaliszu w celu skorzystania   
z prowadzonych w tut. placówce zajęć terapeutycznych.

...................................................................................

/czytelny podpis uczestnika, rodzica lub opiekuna prawnego/

### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### **Dane uczestnika** **Dane rodzica/opiekuna prawnego**

..................................................................... ................................................................

Imię i Nazwisko Imię i Nazwisko

..................................................................... ................................................................

..................................................................... ................................................................ Adres zamieszkania Adres zamieszkania

..................................................................... ................................................................

Telefon kontaktowy Telefon kontaktowy

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Warsztat Terapii Zajęciowej ul. Tadeusza Kościuszki24, 62-800 Kalisz w celu i zakresie niezbędnym w* *procesie rekrutacyjnym. Wyrażenie zgody jest dobrowolne, ale niezbędne do wzięcia udziału w procesie rekrutacyjnym.*

.................................................................................

/czytelny podpis uczestnika, rodzica lub opiekuna prawnego/

**KLAUZULA OBOWIĄZKU INFORMACYJNEGO**

**- dla opiekuna prawnego / kandydata na uczestnika / uczestnika** -

Warsztat Terapii Zajęciowej w Kaliszu spełniając obowiązek informacyjny towarzyszący zbieraniu danych osobowych zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) informuję, że:

* 1. Administratorem danych osobowych Pani / Pana jest Warsztat Terapii Zajęciowej z siedzibą przy ul. Kościuszki 24, 62-800 Kalisz.
  2. Celem zbierania danych jest realizacja zadań ustawowych, określonych w:
* ustawie z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U.1997 Nr123, poz. 776, z późn. zm.);
* oraz pozostałych aktów wykonawczych związanych z funkcjonowaniem Warsztatów Terapii Zajęciowej

w celu realizacji regulaminowych zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej, społecznej i ruchowej w WTZ.

* 1. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych, adres e-mail: wtzorione@gmail.com
  2. Odbiorcą danych osobowych będą organy państwowe w zakresie wykonywanych zadań   
     i pracownicy ADO w zakresie swoich obowiązków służbowych na podstawie upoważnienia.
  3. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania.
  4. Pani/Panu przysługuje prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (tj. Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych), gdy uznają, iż przetwarzanie danych osobowych ich dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
  5. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne w zakresie uprawnień wynikających m.in. *ustawie z dnia 27 sierpnia 1997r*. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U.1997 Nr123, poz. 776, z późn. zm.); i wydanych do niej aktów wykonawczych oraz statutu WTZ.
  6. **W przypadku niepodania danych nie będzie możliwe przyjęcie do WTZ**.
  7. Dane osobowe będą przechowywane przez cały okres wykonywania przez administratora działalności operacyjnej (proces terapii) oraz okres wynikający z przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2018 r., poz. 217).
  8. Podane dane będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 pkt i zgodnie z treścią ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
  9. Dane udostępnione nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowej.
  10. Dane udostępnione przez nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

…………………………………………………………….

(Podpis)

**KLAUZULA OBOWIĄZKU INFORMACYJNEGO**

**- dla opiekuna prawnego / kandydata na uczestnika / uczestnika** -

Warsztat Terapii Zajęciowej w Kaliszu spełniając obowiązek informacyjny towarzyszący zbieraniu danych osobowych zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) informuję, że:

1. Administratorem danych osobowych Pani / Pana jest Warsztat Terapii Zajęciowej z siedzibą przy ul. Kościuszki 24, 62-800 Kalisz.
2. Celem zbierania danych jest realizacja zadań ustawowych, określonych w:

* ustawie z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U.1997 Nr123, poz. 776, z późn. zm.);
* oraz pozostałych aktów wykonawczych związanych z funkcjonowaniem Warsztatów Terapii Zajęciowej

w celu realizacji regulaminowych zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej, społecznej i ruchowej w WTZ.

1. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych, adres e-mail: wtzorione@gmail.com
2. Odbiorcą danych osobowych będą organy państwowe w zakresie wykonywanych zadań i pracownicy ADO w zakresie swoich obowiązków służbowych na podstawie upoważnienia.
3. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania.
4. Pani/Panu przysługuje prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (tj. Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych), gdy uznają, iż przetwarzanie danych osobowych ich dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
5. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne w zakresie uprawnień wynikających m.in. ustawie z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U.1997 Nr123, poz. 776, z późn. zm.); i wydanych do niej aktów wykonawczych oraz statutu WTZ.
6. **W przypadku niepodania danych nie będzie możliwe przyjęcie do WTZ**.
7. Dane osobowe będą przechowywane przez cały okres wykonywania przez administratora działalności operacyjnej (proces terapii) oraz okres wynikający z przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2018 r., poz. 217).
8. Podane dane będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 pkt i zgodnie z treścią ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
9. Dane udostępnione nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowej.
10. Dane udostępnione przez nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

…………………………………………………………….

(Podpis)