KLAUZULA INFORMACYJNA
DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH
W GMINNYM OŚRODKU POMOCY SPOŁECZNEJ
W WADOWICACH GÓRNYCH

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (RODO), informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą 39-308 Wadowice Górne 116, adres e-mail: gops@wadowicegorne.pl
2. Sposoby kontaktu z Inspektorem Ochrony Danych w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Wadowicach Górnych
   - adres e-mail: iod@wadowicegorne.pl
3. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych będzie się odbywać się w celu realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne do realizacji ww. celu.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania, w tym przechowywane od zebrania do momentu wygaśnięcia obowiązku archiwizacji wskazanego w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt.
6. Pozyskane od klientów dane osobowe nie będą udostępniane podmiotom innym, niż upoważnione na podstawie przepisów prawa lub zawartych umów powierzenia przetwarzania danych.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, jak również prawo do ograniczenia ich przetwarzania.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeśli Pani/Pana zdaniem przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych - narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO.
9. Pani/Pana dane nie będą poddane zautomatyzowanym procesom związanym z podejmowaniem decyzji, w tym profilowaniu.
10. Pani/Pana dane nie będą przekazane odbiorcom w państwach znajdujących się poza Unią Europejską i Europejskim Obszarem Gospodarczym lub do organizacji międzynarodowej.

OŚWIADCZENIE
O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w celu realizacji programu pn.: „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

…….
czytelny podpis

Środki finansowe zostały pozyskane z Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu
Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością"
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026