Pieczęć Ośrodka Pomocy Społecznej

Wniosek Nr 1

o realizację praw wynikających

z art. 15 rozporządzenia 2016/679[[1]](#footnote-2)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dane wnioskodawcy (osoby, której dane dotyczą): | Imię i nazwisko  |  |  |
| Adres zamieszkania  |  |  |
| Numer telefonu  |  |  |
| e - mail |  |  |
| Zwracam się z wnioskiem o:(zaznacz właściwe pola**)** | 1) Potwierdzenie, czy moje dane są przetwarzane |  |
| 2) Dostarczenie kopii moich danych osobowych |  |
| 3) Informację o celu przetwarzania moich danych osobowych |  |
| 4) Informację o kategoriach przetwarzanych danych osobowych  |  |
| 5) Informację o odbiorcach moich danych osobowych |  |
| 6) Informację o przewidywanym okresie retencji moich danych osobowych  |  |
| 7) Informację w zakresie prawa do sprostowania, usunięcia, ograniczenia lub sprzeciwienia się przetwarzaniu moich danych osobowych  |  |
| 8) Informację o prawie złożenia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych |  |
| 9) Informację odnośnie źródła pozyskania moich danych osobowych (jeżeli nie zostały one uzyskane ode mnie) |  |
| 10) Informację, czy moje dane osobowe wykorzystywane są w zautomatyzowanym  |  |
| procesie podejmowania decyzji mającym skutki prawne dla mnie (w tym profilowaniu), a jeśli tak, to proszę o wskazanie jego zasad i konsekwencji dla mnie |  |
| 11) Informację, czy moje dane osobowe przekazywane są zagranicę, a jeśli tak, to jakie środki bezpieczeństwa są stosowane w zakresie ich przekazywania |  |
| Sposób przekazania informacji (proszę zaznaczyć lub wpisać) | 1) Pisemnej - korespondencja listowna  |  |
| 2) Elektronicznej - e-mail (zaszyfrowana wiadomość)  |  |
| 3) Odbiór osobisty w siedzibie Administratora danych  |  |
| 4) Ustnie w siedzibie Administratora danych  |  |
| 5) Inny (Proszę wpisać)  |  |

**Przyjmuję do wiadomości, że wniosek będzie skuteczny dopiero po zweryfikowaniu Pana/Pani tożsamości.**

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

(czytelny podpis)[[2]](#footnote-3) (miejsce, data).

|  |
| --- |
| Wypełnia Administrator: |
| Tożsamość Wnioskodawcy została zweryfikowana pozytywnie |  |
| Nie jest możliwe zweryfikowania Tożsamości Wnioskodawcy  |  |
| ..............................................................................(Data i podpis Administratora danych) |

Pieczęć Ośrodka Pomocy Społecznej

Wniosek Nr 2

o realizację praw wynikających

z art. 16-21 (bez art. 19) rozporządzenia 2016/679[[3]](#footnote-4)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dane wnioskodawcy (osoby, której dane dotyczą): | Imię i nazwisko  |  |  |
| Adres zamieszkania  |  |  |
| Numer telefonu  |  |  |
| e - mail |  |  |
| Zwracam sięz wnioskiem o:(zaznacz właściwe pola**)****i gdy dotyczy wpisać** | 1) Sprostowania, zmianę moich danych osobowych (proszę wpisać jakich danych dotyczy wniosek) | 1) Imię..................................................................2) Nazwisko .........................................................3) Numer dokumentu tożsamości.........................4) Adres zamieszkania.......................................................................................................................5) Adres do korespondencji...............................................................................................................6) Inne dane.................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| 2) O usuniecie danych  | 1) Proszę wpisać, jakich danych dotyczy wniosek................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. |
| 3) O ograniczenie przetwarzania | 1) Proszę wpisać, jakich danych dotyczy wniosek.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  |
| 4) O przeniesie danych  | 1) Proszę wpisać, jakich danych dotyczy wniosek.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| 5) Sprzeciw wobec przetwarzania danych | 1) Proszę wpisać, jakich danych dotyczy wniosek.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

**Przyjmuję do wiadomości, że wniosek będzie skuteczny dopiero po zweryfikowaniu Pana/Pani tożsamości.**

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

(czytelny podpis)[[4]](#footnote-5) (miejsce, data).

|  |
| --- |
| Wypełnia Administrator: |
| Tożsamość Wnioskodawcy została zweryfikowana pozytywnie |  |
| Nie jest możliwe zweryfikowania Tożsamości Wnioskodawcy  |  |
| ..............................................................................(Data i podpis Administratora danych) |

1. 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 dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych [↑](#footnote-ref-2)
2. W przypadku wniosków składanych w innej formie niż pisemnej podpis nie jest wymagany, jednak należy dołożyć szczególnej staranności przy weryfikowaniu tożsamości osoby, której dane dotyczą (wizyta w OPS osoby z dowodem tożsamości ). Nie dotyczy to wniosków składanych za pośrednictwem uwierzytelnionych źródeł np. profil zaufany, podpis uwierzytelniony. [↑](#footnote-ref-3)
3. 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 dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych [↑](#footnote-ref-4)
4. W przypadku wniosków składanych w innej formie niż pisemnej podpis nie jest wymagany, jednak należy dołożyć szczególnej staranności przy weryfikowaniu tożsamości osoby, której dane dotyczą (wizyta w OPS osoby z dowodem tożsamości ).Nie dotyczy to wniosków składanych za pośrednictwem uwierzytelnionych źródeł np. profil zaufany, podpis uwierzytelniony. [↑](#footnote-ref-5)