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 się  z 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)