Zgoda na przetwarzanie danych osobowych pensjonariuszki

*Ja niżej podpisana (imię i nazwisko pensjonariuszki) ………………….……………………………………*

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (imię, nazwisko, nazwisko rodowe, data i miejsce urodzenia, stan cywilny, numer PESEL, adres zameldowania i zamieszkania, imiona rodziców, seria i numer dowodu osobistego, NIP, narodowość, wyznanie, imię współmałżonka, wykształcenie, zawód, numer emerytury lub renty, dane zdrowotne, stan psychiczno-fizyczny, kopia dowodu osobistego, kopia odcinka emerytury lub renty, kopia legitymacji emeryta lub rencisty) przez* ***Zakład dla Chronicznie Chorych Kobiet ul. Żywiczna 40 03-179 Warszawa****, w trybie art. 6 ust. 1 lit. a) 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) Dz. U. UE* . *L*. *2016.119.1 z dnia 4 maja 2016r, zwanego dalej RODO.*

……………...........................................................

Data i podpis pensjonariuszki/opiekuna\*

**KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH PENSJONARIUSZKI**

1. Administratorem danych osobowych jest: ***Zakład dla Chronicznie Chorych Kobiet ul. Żywiczna 40 03-179 Warszawa.***
2. Cel przetwarzania danych osobowych: ***Realizacja zadań statutowych zakładu*.**
3. Podstawa prawna do przetwarzania danych osobowych:

***Rozporządzenie 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 (Dz. Urz. UE. L nr 119, str. 1).***

1. Informujemy, że przysługuje Pani prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich poprawiania, a także prawo sprzeciwu i żądania zaprzestania przetwarzania i usunięcia swoich danych osobowych, przy uwzględnieniu innych przepisów prawa.
2. Żądanie zaprzestania przetwarzania danych osobowych skutkuje brakiem możliwości korzystania z opieki ośrodka. Życzenia zmian mają mieć formę pisemną.
3. Dane osobowe będą przetwarzane i przechowywane w formie papierowej i elektronicznej. Okres przechowywania danych osobowych regulują inne przepisy prawa.
4. Informujemy, że przysługuje prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

**Oświadczam, że zapoznałam/em się z przedłożoną wyżej klauzulą informacyjną.**

*\*niepotrzebne skreślić*

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

Podpis pensjonariuszki/opiekuna\*

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych opiekuna

*Ja niżej podpisana/y opiekun (imię i nazwisko)………………….……………………………..………………………………*

*pensjonariuszki (imię i nazwisko)……………………………………………………………………………*

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (imię, nazwisko, data i miejsce urodzenia, adres zameldowania i zamieszkania, seria i numer dowodu osobistego lub paszportu, numer PESEL, pokrewieństwo lub podstawa prawna do opieki, numer telefonu kontaktowego, inne formy kontaktu, wykształcenie, zawód) przez* ***Zakład dla Chronicznie Chorych Kobiet ul. Żywiczna 40 03-179 Warszawa****, w trybie art. 6 ust. 1 lit. a) 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) Dz. U. UE* . *L*. *2016.119.1 z dnia 4 maja 2016r, zwanego dalej RODO.*

…………...........................................................

Data i podpis opiekuna wyrażającego zgodę

**KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH OPIEKUNA**

1. Administratorem danych osobowych jest: ***Zakład dla Chronicznie Chorych Kobiet ul. Żywiczna 40 03-179 Warszawa.***
2. Cel przetwarzania danych osobowych: ***Realizacja zadań statutowych zakładu***.
3. Podstawa prawna do przetwarzania danych osobowych:

***Rozporządzenie 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 (Dz. Urz. UE. L nr 119, str. 1).***

1. Informujemy, że przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich poprawiania, a także prawo sprzeciwu i żądania zaprzestania przetwarzania i usunięcia swoich danych osobowych, przy uwzględnieniu innych przepisów prawa.
2. Żądanie zaprzestania przetwarzania danych osobowych skutkuje brakiem możliwości korzystania z opieki ośrodka przez pensjonariuszki. Życzenia zmian mają mieć formę pisemną.
3. Dane osobowe będą przetwarzane i przechowywane w formie papierowej i elektronicznej. Okres przechowywania danych osobowych regulują inne przepisy prawa.
4. Informujemy, że przysługuje prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

**Oświadczam, że zapoznałam/em się z przedłożoną wyżej klauzulą informacyjną.**

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

Podpis opiekuna

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych osób do kontaktu/osoby odpowiedzialnej za pogrzeb\*

*Ja niżej podpisana/y (imię i nazwisko)………………….……………………………..………………………………*

*Stopień pokrewieństwa/rodzaj znajomości ………………………………………………………………………...*

*Pensjonariuszki (imię i nazwisko)……………………………………………………………………………………….*

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa/znajomość, adres, seria i numer dowodu osobistego, numer PESEL, numer telefonu kontaktowego) przez* ***Zakład dla Chronicznie Chorych Kobiet ul. Żywiczna 40 03-179***

***Warszawa****, w trybie art. 6 ust. 1 lit. a) 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) Dz. U. UE* . *L*. *2016.119.1 z dnia 4 maja 2016r, zwanego dalej RODO.*

…………...........................................................

Data i podpis opiekuna wyrażającego zgodę

**KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH OPIEKUNA**

1. Administratorem danych osobowych jest: ***Zakład dla Chronicznie Chorych Kobiet ul. Żywiczna 40 03-179 Warszawa.***
2. Cel przetwarzania danych osobowych: ***Realizacja zadań statutowych zakładu***.
3. Podstawa prawna do przetwarzania danych osobowych:

***Rozporządzenie 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 (Dz. Urz. UE. L nr 119, str. 1).***

1. Informujemy, że przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich poprawiania, a także prawo sprzeciwu i żądania zaprzestania przetwarzania i usunięcia swoich danych osobowych, przy uwzględnieniu innych przepisów prawa.
2. Żądanie zaprzestania przetwarzania danych osobowych skutkuje brakiem możliwości korzystania z opieki ośrodka przez pensjonariuszki. Życzenia zmian mają mieć formę pisemną.
3. Dane osobowe będą przetwarzane i przechowywane w formie papierowej i elektronicznej. Okres przechowywania danych osobowych regulują inne przepisy prawa.
4. Informujemy, że przysługuje prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

**Oświadczam, że zapoznałam/em się z przedłożoną wyżej klauzulą informacyjną.**

*\*niepotrzebne skreślić*

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

Data i podpis osoby wyrażającej zgodę

ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU PENSJONARIUSZKI

……………………………………………………………...………….…... PESEL PENSJONARIUSZKI……….……….…………..…..……..…….

 Imię i nazwisko pensjonariuszki

*Oświadczam, że wyrażam zgodę\*/nie wyrażam zgody\* na nieograniczone czasowo i bezpłatne przetwarzanie danych osobowych w zakresie mojego wizerunku\*/wizerunku pensjonariuszki\* przez Zakład dla Chronicznie Chorych Kobiet ul. Żywiczna 40 w Warszawie i umieszczanie go: w mass mediach, na stronie internetowej, na terenie zakładu, w albumach fotograficznych, zarejestrowany podczas pobytu w zakładzie i na zajęciach poza zakładem w trybie art. 6 ust. 1 lit.a i art. 9 ust. 2. lit.a 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) Dz. U. UE. L. 2016.119.1 z dnia 4 maja 2016r, zwanego RODO.*

**KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH (WIZERUNKU) PENSJONARIUSZKI**

1. Administratorem danych osobowych jest: **Zakład dla Chronicznie Chorych Kobiet ul. Żywiczna 40**

**w Warszawie,** który przetwarza dane pensjonariuszki zgodnie z art. 6 ust.1 lit.a i art. 9 ust. 2. lit.a RODO.

1. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych e-mail: **inspektorodo.felicjanki@wp.pl**
2. Cel przetwarzania danych osobowych: **Promocja i realizacja zadań zakładu**.
3. Informujemy, że przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do danych osobowych, a także prawo sprzeciwu i żądania zaprzestania przetwarzania i usunięcia danych osobowych pensjonariuszki (wizerunku), przy uwzględnieniu innych przepisów prawa. Żądania zmian mają mieć formę pisemną.
4. Dane osobowe (wizerunek) pensjonariuszki przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celu określonego w pkt. 3, przy uwzględnieniu innych przepisów prawa.
5. Przysługuje Pani/Panu prawo cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych (wizerunku) pensjonariuszki w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody ma mieć formę pisemną.
6. Dane osobowe (wizerunek) pensjonariuszki, będą przetwarzane i przechowywane w formie elektronicznej i papierowej.
7. Informujemy, że przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO, art. 77 RODO.

*Jednocześnie oświadczam, że zapoznałam/em się z przedłożoną wyżej klauzulą informacyjną.*

……………..………….……………………………………...

Data i czytelny podpis pensjonariuszki lub opiekuna prawnego\*

osoby wyrażającej zgodę

*\*niepotrzebne skreślić*