

.....
(imię/imiona/ i nazwisko – drukowanymi literami)

Zabrze, dnia

.....
(dokładny adres do korespondencji)

.....

.....

(nr telefonu,@)

**Medyczna Szkoła Policealna Województwa
Śląskiego im. prof. Antoniego Cieszyńskiego
w Zabrzu**

W n i o s e k

Wnoszę o sporządzenie wypisu z arkusza ocen / podanie ilości godzin i ocen /

1. Dokładna nazwa szkoły i adres.....

.....

2. Rok ukończenia szkoły, zawód i specjalność.....

.....

3. Nazwisko w okresie uczęszczania do szkoły.....

4. Data i miejsce urodzenia.....

5. Imiona rodziców.....

6. W jakim celu

7. W jakim kraju

Do wniosku dołączam a.* dyplom/świadectwo ukończenia szkoły/kopia/

b.* numer dyplomu/świadectwa

c.* indeks /ksero/

d.* odpis aktu małżeństwa /kopia/

Zgoda na przetwarzanie danych

Na podstawie art. 6, ust. 1, lit a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE oświadczam, że: Ja, niżej podpisany/ podpisanawyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci numeru telefonu w celach kontaktowych.

Zabrze, data i czytelny podpis

* właściwe podkreślić

.....
(podpis)

.....
imię i nazwisko

**Klauzula obowiązku informacyjnego w związku
z procesem przetwarzania danych osobowych / wydania duplikatów dokumentów**

Realizując obowiązek wynikający z art. 13 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 (Dz. U. UE. L. 2016. 119. 1) – zw. dalej RODO, informujemy, że:

1) Administrator Danych Osobowych oraz Inspektor Ochrony Danych

Administratorem danych osobowych uczniów oraz absolwentów jest Medyczna Szkoła Policealna Województwa Śląskiego im. Prof. Antoniego Cieszyńskiego w Zabrze, reprezentowane przez Dyrektora. Adres korespondencyjny: ul. 3 Maja 63, 41-800 Zabrze. Kontakt z inspektorem ochrony danych jest możliwy za pośrednictwem poczty elektronicznej: e-mail: pawel@rodoplatforma.pl.

2) Cele i podstawy prawne przetwarzania danych

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu: wydania duplikatu świadectwa, dyplomu lub innego druku szkolnego na podstawie: rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 5 września 2019 r. w sprawie świadectw, dyplomów państwowych i innych druków szkolnych.

Pani/Pana dane osobowe zawarte we wniosku o wydanie duplikatu nie będą udostępniane podmiotom innym niż upoważnione na podstawie obowiązującego prawa. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres zgodny z przepisami obowiązującego prawa.

Posiada Pani/Pan prawo do: żądania dostępu do podanych danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.

Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem wydania duplikatu, a ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości wydania duplikatu.

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób automatyczny.

Dodatkowo informujemy, że Pani/Pana dane mogą być przetwarzane na podstawie art. 108a ustawy Prawo oświatowe w ramach założonego w Placówce monitoringu wizyjnego służącego wyłącznie zagwarantowaniu bezpieczeństwa nauczycielom oraz uczniom.

Oświadczam, że zapoznałem / zapoznałam się z klauzulą obowiązku informacyjnego w związku z procesem przetwarzania danych osobowych / wydania duplikatów dokumentów.

Zabrze , dnia
(data)

.....
(czytelny podpis)