

Wniosek o wydanie duplikatu legitymacji szkolnej

Zabrze, dnia.....

.....
Imię /imiona /i Nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Wydział, klasa

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

Zwracam się z prośbą o wydanie duplikatu legitymacji szkolnej z powodu

.....(zniszczenia, zgubienia, kradzieży itp.) oryginału.

Do wniosku załączam :

1. Aktualne, podpisane zdjęcie legitymacyjne,
2. Dowód wniesienia opłaty za wydanie duplikatu legitymacji.

.....
(data i podpis)

UWAGA opłata za wydanie legitymacji szkolnej

Dane do przelewu: numer konta 54 1240 1037 1111 0011 6473 6620

Odbiorca: Medyczna Szkoła Policealna Województwa Śląskiego im. prof. Antoniego Cieszyńskiego w Zabrzu
ul.3 Maja 63 41-800 Zabrze

Tytuł przelewu: Duplikat legitymacji szkolnej + Imię/imiona/ i Nazwisko
opłata za wydanie duplikatu legitymacji szkolnej wynosi 9 zł.

Na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 maja 2010r. w sprawie świadectw, dyplomów państwowych i innych druków szkolnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2014 r.poz.893) oraz oparciu o Załącznik do ustawy z dnia 16 listopada 2006 r. o opłacie skarbowej „Wykaz przedmiotów opłaty skarbowej, stawki tej opłaty oraz zwolnienia” (tekst jednolity : Dz.U. z 2015 r. poz.783

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

.....
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)