



Załącznik nr 1
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w placówce
Dziennej Opieki i Aktywizacji Osób Starszych
w Radziszowie, prowadzonych na terenie Gminy Skawina

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do Placówki Dziennej Opieki i Aktywizacji Osób Starszych w Radziszowie

Dwór Dzieduszyckich, ul. Szkolna 4, 32-052 Radziszów

Dane osobowe			
Imię i nazwisko:			
Data urodzenia			
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna	<input type="checkbox"/>
Adres zamieszkania			
Miejscowość			
Ulica, nr domu			
Kod pocztowy			
Telefon			
Dane osoby do kontaktu:			
Imię i nazwisko			
Telefon			
Czy zamieszkuje Pani/Pan samotnie w gospodarstwie domowym?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Czy posiada Pani/Pan orzeczenie o niepełnosprawności?	<input type="checkbox"/> TAK w stopniu UMIARKOWANYM	<input type="checkbox"/> NIE	
	<input type="checkbox"/> TAK w stopniu ZNACZNYM		

Załączniki:

1. zgoda na przetwarzanie danych osobowych
2. zaświadczenie lekarskie

.....
miejscowość, data, podpis



Załącznik nr 1
do formularza zgłoszeniowego
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w placówce
Dziennej Opieki i Aktywizacji Osób Starszych w Radziszowie
prowadzonej na terenie Gminy Skawina

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

w procesie rekrutacji uczestników zgłaszających się do

Placówki Dziennej Opieki i Aktywizacji Osób Starszych w Radziszowie

1. Administratorem danych osobowych jest Centrum Usług Społecznych w Skawinie, ul. Żwirki i Wigury 13, 32-050 Skawina, e-mail: mgops@skawina.net, NIP 9441782031, REGON 351458394;
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Pana Flasz Artura, z którym może się Pani/Pan skontaktować w sprawach związanych z ochroną danych osobowych, pisząc na adres poczty elektronicznej iod@mgops.skawina.net lub drogą tradycyjną na adres siedziby Administratora.
3. Podstawę przetwarzania danych stanowi wyrażona zgoda (art. 6 ust. 1 lit. a RODO). Odmowa podania danych bądź cofnięcie zgody oznacza brak możliwości rekrutacji do placówki;
4. Dane przetwarzane będą wyłącznie w celu rekrutacji uczestników do placówki;
5. Dane przetwarzane będą do momentu zakończenia rekrutacji, o czym administrator zawiadomi przez umieszczenie informacji w swojej siedzibie i inny sposób zwyczajowo przyjęty;
6. Odbiorcami danych osobowych będą osoby zatrudnione przez Centrum Usług Społecznych w Skawinie;
7. Na zasadach i w granicach określonych przepisami prawa, w każdej chwili przysługuje Panu/Pani prawo:
 - dostępu do treści swoich danych osobowych;
 - sprostowania swoich danych osobowych;
 - usunięcia swoich danych osobowych;
 - ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych;
 - przenoszenia swoich danych osobowych;
 - prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych.
8. W razie naruszeń po stronie administratora danych, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.



9. Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.

Po zapoznaniu się z powyższą informacją oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu rekrutacji uczestnika do Placówki Diennej Opieki i Aktywizacji Osób Starszych w Radziszowie prowadzonej przez Centrum Usług Społecznych w Skawinie

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis Uczestnika

Uprzedzona(-y) o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym kwestionariuszu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis Uczestnika



Załącznik nr 2
do formularza zgłoszeniowego
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w placówce
Dziennej Opieki i Aktywizacji Osób Starszych w Radziszowie
prowadzonej na terenie Gminy Skawina

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Pan/Pani

.....
ubiegający/a się o przyjęcie do Placówki Diennej Opieki i Aktywizacji Osób Starszych
w Radziszowie

Najważniejsze informacje o stanie zdrowia niezbędne w przypadku konieczności podjęcia działań terapeutycznych i opiekuńczych przez personel placówki, bądź udzielenia informacji służbom medycznym w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia uczestnika

Dopuszczalne formy usprawniania ruchowego uczestnika, bądź ograniczenia w tym zakresie

.....
miejsowość, data

.....
imię i nazwisko lekarza prowadzącego