**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Starostwo Powiatowe w Tucholi, zgodnie z Rozporządzeniem 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, **w celu rozpatrzenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej**

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

*miejscowość i data (czytelny podpis składającego oświadczenie )*

Jednocześnie potwierdzam, że zapoznałem/am się z poniższą klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych i zostałem/am poinformowany/a o tym, że:

1. Administratorem Danych Osobowych przetwarzanych w Starostwie Powiatowym w Tucholi, ul. Pocztowa 7, 89 – 500 Tuchola jest Starosta Tucholski.
2. Inspektorem Ochrony Danych jest Pani Hanna Borzyszkowska, z którym możesz się skontaktować w sprawach ochrony swoich danych osobowych pod adresem poczty elektronicznej: [iod@tucholski.pl](mailto:iod@tucholski.pl), pod numerem telefonu 52 55 90 700 lub pisemnie pod adresem Starostwo Powiatowe w Tucholi, ul. Pocztowa 7, 89 – 500 Tuchola.
3. Udostępnione przeze mnie dane osobowe będą przetwarzane w celu rozpatrzenia wniosku oraz wypłaty stypendium na podstawie mojej zgody oraz w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze - art. 6 ust. 1 lit. a i lit. c i art. 9 ust. 2 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 RODO (Dz. Urz. UE. L 119 s.1).
4. Podane przeze mnie dane osobowe nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim*.* Odbiorcami danych będą tylko podmioty uprawnione do dostępu do danych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa.
5. Udostępnione przeze mnie dane osobowe *nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.*
6. Dane osobowe będą przechowywane przez okres określony w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów   
   z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów (Dz. U. z 2011 r. Nr 14, poz. 67).
7. Mam prawo żądania od Administratora Danych Osobowych dostępu do swoich danych/do danych mojego dziecka (podopiecznego) oraz ich kopii, do sprostowania (poprawiania), do usunięcia danych lub ograniczenia przetwarzania danych oraz do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.
8. Wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych jest dobrowolne, z tym, że podanie danych określonych w Uchwale Rady Powiatu Tucholskiego Nr XVIII/113/2016 z dnia 29 kwietnia 2016 r.   
   w sprawie określenia rodzaju świadczeń przyznanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania, jest warunkiem rozpatrzenia wniosku. W przypadku podania danych osobowych na podstawie dobrowolnej zgody w każdej chwili przysługuje mi prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych, ale cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej wycofaniem.
9. Udostępnione przeze mnie dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu.
10. Mam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

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

*miejscowość i data (czytelny podpis składającego oświadczenie )*