|  |  |
| --- | --- |
| **KWESTIONARIUSZ OSOBOWY KANDYDATA MDP przy OSP ………………………….** | |
| 1. Imię kandydata | 1. Nazwisko kandydata |
| ……………………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………… |
| 1. Imiona rodziców/opiekunów prawnych | 1. Data urodzenia |
| ……………………………………………………………………………. | ……………………………………………………………………………. |
| 1. Miejsce zamieszkania (dokładny adres) | |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | |
| 1. Szkoła do jakiej uczęszcza kandydat | |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | |
| 1. Telefon rodzica/prawnego opiekuna | 1. Telefon kandydata (opcjonalnie) |
| ……………………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………… |
| 1. E-mail rodzica/prawnego opiekuna | 1. E-mail kandydata (opcjonalnie) |
| ……………………………………………………………………………. | ……………………………………………………………………………. |
| 1. Uwagi dotyczące stanu zdrowia dziecka (alergie, uczulenia, urazy, czy przyjmuje stale leki itp..) | |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | |
| 1. Inne istotne uwagi dotyczące dziecka (np. lęk przed pająkami, jak znosi jazdę samochodem, itp.) | |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | |
| 1. Miejscowość, data | 1. Podpis rodzica/ opiekuna prawnego |
| …………………………………………………………………………………… | …………………………………………………………………………………… |

## KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ

Podpisanie niniejszego dokumentu jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na przetwarzanie danych osobowych osoby niepełnoletniej przez Ochotniczą Straż Pożarną ……………………………… z siedzibą w…………………………………………………………………………………………………….., zwaną dalej również "ADO".

Można się z nami kontaktować w następujący sposób:

1. listownie: ……………………………………………………………………………………………..;
2. za pomocą poczty elektronicznej: …………………………………………………………………...

**Cele i podstawy przetwarzania.**

Będziemy przetwarzać dane osobowe osoby niepełnoletniej w celach statutowych ADO,

a także w celu ewidencyjnym członków ADO.

**Odbiorcy danych osobowych.**

Dane osobowe nie będą przekazywane podmiotom trzecim, a także przekazywane poza obszar EOG.

**Profilowanie**.

Dane osobowe niepełnoletniego nie będą podlegały profilowaniu.

**Okres przechowywania danych.**

Będziemy przechowywać dane osobowe niepełnoletniego przez okres niezbędny do realizacji wyżej określonych celów.

**Prawa osób, których dane dotyczą.**

Zgodnie z RODO przysługuje Państwu:

1. prawo dostępu do danych osobowych niepełnoletniego oraz otrzymania ich kopii;
2. prawo do sprostowania (poprawiania) danych osobowych;
3. prawo do usunięcia danych osobowych, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej;
4. prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
5. prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, adres: ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa).

🞏 W imieniu osoby niepełnoletniej, jako jej prawny opiekun, wyrażam zgodę na przetwarzanie jej danych osobowych w celu realizacji celów statutowych Ochotniczej Straży Pożarnej w ……………………………………

……………………………………………………………………

(data, podpis prawnego   
opiekuna niepełnoletniego)