

Wniosek o uzyskanie kopii danych ze zbioru danych osobowych
przetwarzanych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
w Skarżysku-Kamiennej

WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Numer PESEL:.....

numer telefonu:.....

Oznaczenie lub nazwa zbioru, z którego mają być uzyskane kopie danych (numer zbioru danych):

.....
.....

Zakres żądanych informacji ze zbioru:.....

.....

w celu:

.....

Podstawa prawna : **art.15 ust. 3 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.**

Proszę o potwierdzenie czy Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Skarżysku-Kamiennej przetwarza moje dane osobowe. Jeżeli tak, to wnoszę o dostarczenie kopii moich danych osobowych podlegających przetwarzaniu (*** zaznacz właściwe**)

Kopię danych wnioskodawca odbierze osobiście*

Kopię danych proszę przesać drogą elektroniczną*

(adres email)

.....
(data i czytelny podpis wnioskującego)

Udostępnione informacje podlegają ochronie zgodnie z przepisami 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)

Sporządził:.....

Zaświadczenie jest wydawane w terminie do 30 dni od dnia wptynięcia wniosku

Wniosek o udostępnienie danych ze zbioru danych osobowych przetwarzanych

przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Skarżysku-Kamiennej

WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Numer PESEL:..... numer telefonu:.....

Oznaczenie lub nazwa zbioru, z którego mają być udostępnione dane (numer zbioru danych):

.....

Zakres żądanych informacji ze zbioru: a) cele przetwarzania; b) kategorie odnośnych danych osobowych; c) informacje o odbiorcach lub kategoriach odbiorców, którym dane osobowe zostały lub zostaną ujawnione, w szczególności o odbiorcach w państwach trzecich lub w organizacjach międzynarodowych; d) w miarę możliwości planowany okres przechowywania danych osobowych, a gdy nie jest to możliwe, kryteria ustalania tego okresu; e) informacje o prawie do żądania od administratora sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych dotyczącego osoby, której dane dotyczą, oraz do wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania; f) informacje o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego; g) jeżeli dane osobowe nie zostały zebrane od osoby, której dotyczą – wszelkie dostępne informacje o ich źródle; h) informacje o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust.1 i 4, oraz- przynajmniej w tych przypadkach – istotne informacje o zasadach ich podejmowania, a także o znaczeniu i przewidywanych konsekwencjach takiego przetwarzania dla osoby, której dane dotyczą.

Podstawa prawna :**art.15 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r., ustawa o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz.1781)**

Proszę o potwierdzenie czy Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Skarżysku-Kamiennej przetwarza moje dane osobowe. Jeżeli ma to miejsce, wnioskuję o uzyskanie dostępu do danych i przekazanie informacji dotyczących tego przetwarzania (*** zaznacz właściwie**)

Zaświadczenie proszę przesłać na adres*:.....
(adres korespondencyjny - wpisać jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

Zaświadczenie proszę przesłać drogą elektroniczną na*:
(adres email)

.....(data i czytelny podpis wnioskującego)

Udostępnione informacje podlegają ochronie zgodnie z przepisami 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)

Sporządził:.....

Zaświadczenie jest wydawane w terminie do 30 dni od dnia wplynięcia wniosku

Wniosek o usunięcie danych ze zbioru danych osobowych (prawo do bycia zapomnianym)
przetwarzanych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Skarżysku-Kamiennej

WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Numer PESEL:.....

numer telefonu:.....

Oznaczenie lub nazwa zbioru, z którego mają zostać usunięte dane (numer zbioru danych):

.....

.....

Podstawa prawna : **art. 17 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.**

Zgodnie z **ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych** oraz **art. 17 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.** , Ja niżej podpisany/a zwracam się z wnioskiem o zaprzestanie przetwarzania moich danych osobowych oraz usunięcie danych z wyżej wymienionego/-nych zbioru/-ów danych osobowych.

.....
(data i czytelny podpis wnioskującego)

Informacje podlegają ochronie zgodnie z przepisami 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)

Sporządził:.....

Zaświadczenie jest wydawane w terminie do 30 dni od dnia wpłynięcia wniosku

Wniosek o sprostowanie danych ze zbioru danych osobowych
przetwarzanych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
w Skarżysku-Kamiennej

WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Numer PESEL:.....

numer telefonu:.....

Oznaczenie lub nazwa zbioru, w którym mają być sprostowane dane osobowe (numer zbioru danych):.....
.....

Zakres sprostowania informacji w zbiorze:.....
.....
.....

Podstawa prawna : **art. 16 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.**

Zgodnie z **ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych** oraz **art. 16 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.** , Ja niżej podpisany/a zwracam się z wnioskiem o sprostowanie danych osobowych z wyżej wymienionego/-nych zbioru/-ów danych osobowych.

.....
(data i czytelny podpis wnioskującego)

Informacje podlegają ochronie zgodnie z przepisami 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)

Sporządził:.....

Zaświadczenie jest wydawane w terminie do 30 dni od dnia wpłynięcia wniosku