

DANE OSOBOWE KURSANTA NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNICIE

IMIĘ / IMIONA I NAZWISKO KURSANTA: NALEŻY WYPEŁNIĆ OBOWIĄZKOWO		NAZWĘ SZKOŁY NALEŻY WYPEŁNIĆ OBOWIĄZKOWO NP. ZSZ OLEŚNICA
NAZWA SZKOŁY DO KTÓREJ UCZEŃ UCZĘSZCZA		NALEŻY WYPEŁNIĆ OBOWIĄZKOWO
NALEŻY WYPEŁNIĆ OBOWIĄZKOWO Data urodzenia:	NALEŻY WYPEŁNIĆ OBOWIĄZKOWO Miejsce urodzenia:	NALEŻY WYPEŁNIĆ OBOWIĄZKOWO Adres e-mail ucznia:
Miejsce zamieszkania kursanta /dokładny adres/:		
Imiona i nazwiska rodziców / opiekunów prawnych:		
Miejsce zamieszkania rodziców / opiekunów prawnych (dokładny adres):		
Nr telefonu kontaktowego do rodziców lub opiekunów prawnych:		
(niezbędny do powiadomienia np. o chorobie kursanta lub wypadku losowym)		
Nr telefonu kontaktowego ucznia pełnoletniego:		
Skierowany na turnus dokształcania teoretycznego młodocianych pracowników w zawodzie:		NALEŻY WYPEŁNIĆ OBOWIĄZKOWO
Stopień turnusu dokształcania teoretycznego: (turnus I, II, III)	PESEL: <small>w przypadku osoby, która nie posiada numeru PESEL, należy wpisać nazwę i numer dokumentu potwierdzającego jej tożsamość, zawierającego jej datę urodzenia</small>	
Wyrażamy zgodę na samodzielny powrót syna lub córki do domu / samodzielne wyjście syna/córki poza teren Centrum w trakcie przerw międzylekcyjnych* Zobowiązujemy się do odebrania syna/córki z Centrum niezwłocznie po telefonicznym powiadomieniu Nas o jego chorobie lub innym zdarzeniu. Zobowiązujemy się do odebrania syna/córki w sytuacji, kiedy w rażący sposób złamie Statut Centrum (m.in. spożycie alkoholu, środków odurzających, bójka, dewastacja itp.). Za szkody spowodowane przez mojego syna/moją córkę/przeze mnie (dot. ucznia pełnoletniego) spowodowane niewłaściwą eksploatacją odpowiadamy/odpowiadam materialnie i zobowiązujemy/zobowiązuję się (dot. ucznia pełnoletniego) do terminowego naprawienia lub sfinansowania kosztów naprawy.		
ZGODA NA POMIAR TEMPERATURY CIAŁA DZIECKA Wyrażamy/ wyrażam zgodę na czas trwania stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego, w związku z zagrożeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 na badanie temperatury ciała mojego (naszego) dziecka / mojego (dot. ucznia pełnoletniego) codziennie przed przyjęciem mojego dziecka / mnie (dot. ucznia pełnoletniego) do Centrum oraz w trakcie jego / mojego (dot. ucznia pełnoletniego) pobytu w placówce. Powyższa zgoda ma na celu realizację przez placówkę działań prewencyjnych i zapobiegawczych, związanych z ogłoszonym stanem epidemii.		
Informacje o przebytych chorobach i problemach zdrowotnych ucznia mających wpływ na zdrowie i życie:		
.....		
Przyjmowane przez ucznia leki:		
.....		
W przypadku zagrożenia zdrowia i życia Naszego dziecka / mojego (dot. ucznia pełnoletniego) wyrażamy/wyrażam zgodę na podjęcie decyzji w sprawie niezbędnej pomocy medycznej lub zabiegu wymagającego Naszego podpisu / mojego podpisu (dot. ucznia pełnoletniego) – po uprzednim kontakcie telefonicznym z Nami (dot. ucznia niepełnoletniego) . Wyrażamy/wyrażam zgodę, by nauczyciel lub dyrektor pełnił opiekę podczas udzielania pomocy medycznej Naszemu dziecku/ mnie (dot. ucznia pełnoletniego).		
* niepotrzebne skreślić		
STATUS WOBEC ADMINISTRATORA: RODZIC / OPIEKUN PRAWNY / PEŁNOLETNI KURSANT* * niepotrzebne skreślić		
NALEŻY PODPISAC OBOWIĄZKOWO		
Czytelny podpis rodziców lub opiekunów prawnych:		
NALEŻY PODPISAC OBOWIĄZKOWO (JEŻELI UCZEŃ JEST PEŁNOLETNI)		
Czytelny podpis ucznia pełnoletniego:		

Oświadczenie informacyjne dla pełnoletnich uczniów oraz ustawowych przedstawicieli nieletnich uczniów korzystających z usług Powiatowego Centrum Kształcenia Zawodowego w Oleśnicy.

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 osobowych) – zwanego dalej RODO informuję, iż:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Kształcenia Zawodowego, ul. Wojska Polskiego 67, 56-400 Oleśnica
2. Inspektorem Ochrony Danych jest Marek Adamaszek, z którym można się skontaktować e-mailowo: abi@adametronics.pl oraz telefonicznie: +48 608294903
3. Dane osobowe są przetwarzane na podstawie:
 - a) art. 6 ust. 1 lit. a i art. 9 ust. 2 lit. a RODO, tj. na podstawie zgody udzielonej w celach określonych każdorazowo w przekazywanych formularzach zgody, w tym w celu promowania działalności placówki oraz osiągnięć i umiejętności ucznia, a także w celu zapewnienia udziału w zajęciach dodatkowych, korzystania z e-usług, żywienia uczniów, korzystania z pomocy psychologiczno-pedagogicznej, zawarcia umowy ubezpieczenia NNW; art. 9 ust 2 lit i (przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z interesem publicznym w dziedzinie zdrowia publicznego, takich jak ochrona przed poważnymi transgranicznymi zagrożeniami zdrowotnymi lub zapewnienie wysokich standardów jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej oraz produktów leczniczych lub wyrobów medycznych, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które przewidują odpowiednie, konkretne środki ochrony praw i wolności osób, których dane dotyczą, w szczególności tajemnicę zawodową;) w celu wykonania pomiaru temperatury ciała w związku z ograniczeniem rozprzestrzeniania się koronawirusa
 - b) art. 6 ust. 1 lit. c RODO, tj. gdy przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na placówce, w tym w związku z realizacją celów dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych placówki w celu wykonania obowiązków prawnych nałożonych art. 13/14 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz.U. z 2017 r., poz., 59) takich, jak prowadzenie ewidencji uczniów na potrzeby procesów nauczania, realizacja procesu nauczania, prowadzenie dziennika lekcyjnego, prowadzenie zadań z zakresu opieki pielęgniarskiej, żywienie uczniów, prowadzenie zajęć dodatkowych, realizacja zadań z zakresu BHP, wypożyczanie książek z biblioteki szkolnej, prowadzenie świetlicy szkolnej;
 - c) Art. 9 ust. 2 lit. h RODO w celu świadczenia opieki pielęgniarskiej i profilaktyki zdrowia uczniów, prowadzenia ewidencji uczniów na potrzeby procesów nauczania, realizacji procesu nauczania, realizacji zadań z zakresu BHP.
4. Prawnie uzasadnione interesy realizowane przez Administratora w związku z przetwarzaniem danych to zapewnienie bezpieczeństwa uczniów i pracowników, a także ochrony mienia placówki oraz zapewnienie prawidłowego funkcjonowania infrastruktury informatycznej w szkole
5. Odbiorcami danych osobowych są upoważnieni pracownicy Administratora, podmioty, którym należy udostępnić dane osobowe w celu wykonania obowiązku prawnego, a także podmioty, którym dane zostaną powierzone do zrealizowania celów przetwarzania.
6. Dane osobowe będą przechowywane co najmniej do końca okresu, w którym uczeń uczęszczał do placówki lub do czasu wycofania zgody, zgłoszenia sprzeciwu, a w każdym razie przez okres wskazany przepisami związanymi z wypełnianiem obowiązku prawnego przez placówkę.
7. Mają Państwo prawo żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.
8. W przypadku danych przetwarzanych na podstawie zgody, mają Państwo prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Mają Państwo prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeśli uznają Państwo, iż przetwarzanie przez Administratora Państwa danych osobowych narusza przepisy dot. ochrony danych osobowych.
10. Podanie danych osobowych w celu wykonania przez Administratora obowiązku prawnego jest wymogiem ustawowym. W celu uczęszczania ucznia do placówki są Państwo zobowiązani do podania danych. Niepodanie danych skutkuje niemożnością realizowania zadań przez placówkę względem ucznia. Podanie danych udostępnionych na podstawie zgody jest dobrowolne, a brak zgody spowoduje niemożność zrealizowania zamierzonego celu, lecz nie wpłynie na realizację głównych zadań przez placówkę względem ucznia.

O ŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem/am się z przekazaną mi informacją dotyczącą zasad i potrzeb gromadzenia i przetwarzania danych osobowych moich i członków mojej rodziny oraz pozostających ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym. Zobowiązuję się do przekazania klauzuli informacyjnej wszystkim osobom wykazanym przeze mnie w kwestionariuszu.

Oświadczam także, że wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie przez Administratora tj. **Dyrektora Powiatowego Centrum Kształcenia Zawodowego w Oleśnicy** danych osobowych moich, członków mojej rodziny oraz osób pozostających ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania obowiązków tej placówki w związku z realizowaniem przez nią celów statutowych w zakresie działalności na rzecz dzieci, a w szczególności w zakresie tej formy jej działalności, z której korzystam ja lub moje dziecko, którego jestem reprezentantem ustawowym.

Oświadczam także, że zostałam / łem pouczony należycie o przysługujących mi uprawnieniach w zakresie możliwości wglądu do gromadzonych danych oraz o możliwości ich uzupełniania, uaktualniania oraz żądania prostowania w razie stwierdzenia, że dane te są niekompletne, nieaktualne lub nieprawdziwe.



**PROSZĘ O ZAZNACZENIE ODPOWIEDNIEGO POPRZEZ PODKREŚLENIE LUB SKREŚLENIE
NP. WYRAŻAM (PRZY WYRAŻENIU ZGODY) LUB WYRAŻAM (PRZY BRAKU ZGODY)**

Wyrażam / nie wyrażam* również zgodę/y na rejestrowanie i przetwarzanie wizerunku mojego dziecka/mojego (dot. ucznia pełnoletniego) podczas zajęć, konkursów i uroczystości szkolnych organizowanych przez Centrum oraz wykorzystanie tego wizerunku, jak również danych osobowych (imię, nazwisko, klasa) na stronie internetowej i mediach społecznościowych szkoły oraz tablicach ściennych, folderze szkolnym w celu informacji i promocji Centrum oraz dziecka/ucznia.



**PROSZĘ O ZAZNACZENIE ODPOWIEDNIEGO POPRZEZ PODKREŚLENIE LUB SKREŚLENIE
NP. WYRAŻAM (PRZY WYRAŻENIU ZGODY) LUB WYRAŻAM (PRZY BRAKU ZGODY)**

Wyrażam / nie wyrażam* zgodę/y na kontakt ze mną z prywatnego telefonu komórkowego nauczyciela, pod opieką którego, będzie przebywać moje dziecko / będę przebywać (dot. ucznia pełnoletniego) w celach wynikających z działalności placówki.

* **niepotrzebne skreślić**

NALEŻY PODPISAĆ OBOWIĄZKOWO

.....
(czytelny podpis rodziców / opiekunów prawnych lub czytelny podpis ucznia pełnoletniego)