

....., dn. r.

.....
(imię i nazwisko, PESEL)

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie art. 23 ust.1 pkt 1 (oraz/lub art. 27.2 pkt 1 – dla danych wrażliwych) ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r., wyrażam zgodę na przetwarzanie niżej wymienionych moich danych osobowych.

Lp.	Zakres danych	Cel przetwarzania	Odbiorcy lub kategorie odbiorców danych
1	<ul style="list-style-type: none">– imię (imiona),– nazwisko,– data urodzenia,– miejsce urodzenia,– numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość,– adres zamieszkania,– adres korespondencyjny,– numer telefonu,– adres poczty elektronicznej,– imiona rodziców,– świadectwo ukończenia szkoły,– wykształcenie,– stanowisko pracy,– wymiar etatu,– wynagrodzenie,– okres zatrudnienia,– nazwa i adres zakładu pracy,– zaświadczenie lekarskie zawierające orzeczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia praktycznej	<ul style="list-style-type: none">– organizacja i przeprowadzenie kwalifikacyjnego kursu zawodowego,– przeprowadzenie egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie,– wydanie świadectw a potwierdzającego kwalifikację w zawodzie,– dopełnienie obowiązków określonych w przepisach prawa,– archiwizacja dokumentów.	Okręgowa Komisja Egzaminacyjna w Jaworznie ul. Adama Mickiewicza 4 43-600 Jaworzno

	<p>nauki zawodu w danym zawodzie,</p> <ul style="list-style-type: none"> – oświadczenie o wielodzietności rodziny kandydata, – orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na niepełnosprawność, – orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, – prawomocny wyrok sądu rodzinnego orzekający rozwód lub separację lub akt zgonu oraz oświadczenie o samotnym wychowywaniu dziecka oraz niewychowywaniu żadnego dziecka wspólnie z jego rodzicem, – zaświadczenie potwierdzające występowanie dysfunkcji, – zaświadczenie o stanie zdrowia, – sposób lub sposoby dostosowania warunków lub formy przeprowadzania egzaminu zawodowego, – szkoła kierująca uczniem, – zawód, – klasa, – datę wydania zaświadczenia, – numer zaświadczenia, – data wpłynięcia wniosku, – nazwa kursu, – kwalifikacja, – zaświadczenie o ukończeniu KKZ, – świadectwo potwierdzające kwalifikację w zawodzie. 		
--	--	--	--

Jednocześnie zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) Administratorem danych jest Centrum Kształcenia Praktycznego i Doskonalenia Zawodowego w Rudzie Śląskiej z siedzibą w 41-709 Ruda Śląska, ul. Gen. J. Hallera 6,
- 2) dane będą przetwarzane wyłącznie zgodnie z określonym celem,
- 3) dane będą udostępniane wyłącznie podanym odbiorcom,
- 4) przysługuje mi prawo dostępu do treści danych oraz ich poprawiania,
- 5) dane podaję dobrowolnie.

.....

(podpis osoby wyrażającej zgodę)