załącznik nr 2

OŚWIADCZENIE OSOBY DO CELÓW WERYFIKACJI W REJESTRZE SPRAWCÓW PRZESTĘPSTW NA TLE SEKSUALNYM

Nazwisko: .....

Imiona: .....

Nazwisko rodowe: ..... Płeć: Kobieta/Mężczyzna

Data urodzenia: ..... Miejsce urodzenia .....

PESEL: .....

Imiona

rodziców .....

Adres zamieszkania .....

.....

Data i podpis

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w oświadczeniu dla potrzeb zweryfikowania w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym.

Oświadczam, że zostałem poinformowany, że :

a) administratorem moich danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Gostyninie z siedzibą przy ul. Ozdowskiego 1a, 09-500 Gostynin tel: 24 235 22 92, email: sekretariat@pcprgostynin.eu, a podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne;
b) sposoby kontaktu z inspektorem ochrony danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Gostyninie, to: adres korespondencyjny: 09-500 Gostynin ul.J.Ozdowskiego 1a, adres e-mail: sekretariat@pcprgostynin.eu, tel. 24 235 22 92;
c) posiadam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia, jak również prawo do ograniczenia ich przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych;
d) przysługuje mi prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeśli moim zdaniem, przetwarzanie danych osobowych - narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO;
e) moje dane osobowe nie będą przekazywane żadnym odbiorcom danych;
f) moje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane;
g) podanie danych jest warunkiem umownym i jest dobrowolne;
h) jestem świadomy tego, że przetwarzanie powyższych danych osobowych jest niezbędne i konieczne do prawidłowego i efektywnego przeprowadzenia procesu rekrutacji oraz akceptuję te cele.

.....

Data i podpis