



MAZOWIECKA WOJEWÓDZKA KOMENDA OCHOTNICZYCH HUFCÓW PRACY W WARSZAWIE

00-715 Warszawa, ul. Czerniakowska 71
tel. 22 827-21-54, fax 22 827 63-91
e-mail: mazowiecka@ohp.pl
www.mazowiecka.ohp.pl

Warszawa, dnia.....roku.

Karta Wzoru Podpisu

Wzór podpisu opiekuna prawnego.....uczestnika
(imię, nazwisko opiekuna)

.....jednostki organizacyjnej.....
(imię, nazwisko uczestnika) (nazwa jednostki)

Zgoda na przetwarzanie

Zgodnie z art. 13 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) (Dz. Urz. UE L Nr 119, str.1), zwanego powszechnie RODO informuję, że

wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w szczególności danej w postaci wzoru podpisu, w celu i zakresie niezbędnym do zachowania stosownego poziomu bezpieczeństwa przetwarzania dokumentacji, w tym danych osobowych mojego dziecka/podopiecznego¹.

Ww. dane przetwarzane będą w ramach działalności oraz realizacji celów Mazowieckiej Wojewódzkiej Komendy Ochotniczych Hufców Pracy.

.....
Imię i nazwisko, podpis rodzica/opiekuna prawnego

¹ Niepotrzebne skreślić.

