



Wniosek dotyczący realizacji praw osoby, której dane osobowe dotyczą przetwarzane przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Katowicach

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:.....

PESEL lub nr dokumentu tożsamości

Adres zamieszkaniaTelefon:.....

Wniosek dotyczy danych osobowych:

Wnioskodawcy

Osoby reprezentowanej przez pełnomocnika/przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego* .

Imię i nazwisko osoby, której dane są przedmiotem wniosku: (wypełnić tylko w przypadku, gdy dane nie dotyczą wnioskodawcy)

PESEL lub nr dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania

Na podstawie przepisów 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 wnioskuję o:

dostęp do danych

modyfikację danych

przeniesienie danych

ograniczenie przetwarzania danych

sprzeciw wobec przetwarzania danych

usunięcie danych

Dodatkowe informacje: (szczegółowy opis wniosku):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Proszę o informację o rozstrzygnięciu sprawy w formie:

pisemnej na adres.....

elektronicznej na adres skrytki:.....

* Należy przedstawić do wglądu dokument stanowiący opiekę prawną lub pełnomocnictwo do dokonania czynności

Pouczenie

Na podstawie art. 17 ust. 3 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 administrator danych ma prawo odmówić usunięcia jego danych jeżeli wykorzystanie tych danych jest niezbędne:

- DO KORZYSTANIA Z PRAWA DO WOLNOŚCI WYPOWIEDZI I INFORMACJI;
- DO WYWIĄZANIA SIĘ Z PRAWNEGO OBOWIĄZKU WYMAGAJĄCEGO PRZETWARZANIA NA MOCY PRAWA UNII LUB PRAWA PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO, KTÓREMU PODLEGA ADMINISTRATOR, LUB DO WYKONANIA ZADANIA REALIZOWANEGO W INTERESIE PUBLICZNYM LUB W RAMACH SPRAWOWANIA WŁADZY PUBLICZNEJ POWIERZONEJ ADMINISTRATOROWI;
- Z UWAGI NA WZGLĘDY INTERESU PUBLICZNEGO W DZIEDZINIE ZDROWIA PUBLICZNEGO;
- DO CELÓW ARCHIWALNYCH W INTERESIE PUBLICZNYM, DO CELÓW BADAŃ NAUKOWYCH LUB HISTORYCZNYCH LUB DO CELÓW STATYSTYCZNYCH, O ILE PRAWDOPODOBNE JEST, ŻE PRAWO TO UNIEMOŻLIWI LUB POWAŻNIE UTRUDNI REALIZACJĘ CELÓW TAKIEGO PRZETWARZANIA;
- DO USTALENIA, DOCHODZENIA LUB OBRONY ROSZCZEŃ.

Na podstawie art. 17 ust. 1 przedmiotowego Rozporządzenia osoba, której dane dotyczą, MA PRAWO ŻĄDANIA OD ADMINISTRATORA NIEZWŁOCZNEGO USUNIĘCIA DOTYCZĄCYCH JEJ DANYCH OSOBOWYCH, A ADMINISTRATOR MA OBOWIĄZEK BEZ ZBĘDNEJ ZWŁOKI USUNĄĆ DANE OSOBOWE, JEŻELI ZACHODZI JEDNA Z NASTĘPUJĄCYCH OKOLICZNOŚCI:

- dane osobowe nie są już niezbędne do celów, w których zostały zebrane lub w inny sposób przetwarzane;
- osoba, której dane dotyczą, cofnęła zgodę, na której opiera się przetwarzanie i nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania;
- osoba, której dane dotyczą, wnosi sprzeciw wobec przetwarzania i nie występują nadrzędne prawnie uzasadnione podstawy przetwarzania lub osoba, której dane dotyczą, wnosi sprzeciw wobec przetwarzania;
- dane osobowe były przetwarzane niezgodnie z prawem;
- dane osobowe muszą zostać usunięte w celu wywiązania się z obowiązku prawnego przewidzianego w prawie Unii lub prawie państwa członkowskiego, któremu podlega administrator;
- dane osobowe zostały zebrane w związku z oferowaniem usług społeczeństwa informacyjnego.

.....
(Data, czytelny podpis wnioskodawcy)

Adnotacje urzędowe:

.....
(data, pieczęć, podpis pracownika przyjmującego zgłoszenie)

Data wpływu wniosku do Działu Poradnictwa i Informacji(dział centralny):.....

1. Podjęta decyzja w sprawie dokonania wnioskowanej czynności:

.....
.....
.....
.....
.....

.....
(data, pieczęć, podpis osoby upoważnionej do podjęcia decyzji)

2. Rodzaj dokonanej czynności :

.....
.....
.....

.....**

**Data, pieczęć i podpis pracownika/ów odpowiedzialnego/ych za dokonanie czynności odpowiednich komórek merytorycznych*