

**Data wpływu do Urzędu Miasta
Świnoujście**

....., dnia

(IMIĘ I NAZWISKO WNIOSKODAWCY)

.....

(ulica, nr domu, nr mieszkania)

.....

(kod pocztowy, nazwa miejscowości)

.....

(numer telefonu)

W N I O S E K

o wydanie Zachodniopomorskiej Karty Seniora

Wnoszę o wydanie Zachodniopomorskiej Karty Seniora

Proszę zaznaczyć odpowiednio:

Nowej Karty duplikatu Karty

.....

(imię, nazwisko, PESEL Wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH.

W związku z przystąpieniem do Programu Zachodniopomorska Karta Seniora realizowanego przez Samorząd Województwa Zachodniopomorskiego w ramach Wojewódzkiego Programu Wspierania Rodziny i Systemu Pieczy Zastępczej na lata 2014 – 2020 pn. Region dla Rodziny, przyjętego Uchwałą Nr XXXVIII/517/14 Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego w dniu 30 września 2014 r., przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Województwo Zachodniopomorskie z siedzibą: Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego ul. Korsarzy 34, 70-540 Szczecin;
- 2) podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 1 lub art. 27 ust.2 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.);
- 3) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Programu Zachodniopomorska Karta Seniora;

- 4) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania /wstawić dane teleadresowe GMINY;
- 5) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości przystąpienia do Programu i otrzymania Karty;
- 6) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie określonym w niniejszym wniosku dla celów związanych z realizacją Programu Wspierania Rodziny i Systemu Pieczy Zastępczej na lata 2014 – 2020 pn. Region dla Rodziny i dla potrzeb wydania Karty/Kart.

.....
CZYTELNY PODPIS OSOBY SKŁADAJĄCEJ OŚWIADCZENIE

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

**Miejsce na potwierdzenie przez Urząd Miasta Świnoujście
danych zawartych we wniosku**

**Potwierdzam zgodność danych
(miejsce zamieszkania, PESEL),
zawartych we wniosku o Zachodniopomorską Kartę Seniora**

**Potwierdzam spełnienie warunków do wydania ww. osobie
Zachodniopomorskiej Karty Seniora**

.....
data podpis pracownika pieczęć urzędu

Jednocześnie oświadczam, że:

- 1) Dane zawarte we wniosku oraz oświadczenia są zgodne z prawdą, i stanem faktycznym na dzień składania wniosku – w związku z tym jestem świadomy / a odpowiedzialności za składanie nieprawdziwych oświadczeń oraz zobowiązuję się niezwłocznie poinformować o wszelkich zmianach danych zawartych w niniejszym wniosku;
- 2) Zapoznałem się/zapoznałam się w warunkami otrzymania Karty oraz z zapisami Regulaminu Zachodniopomorskiej Karty Seniora.
- 3) Zostałam poinformowana / zostałem poinformowany, że Karta ma charakter osobisty i nie może być użyczana, bądź odstępowana nieuprawnionym osobom.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

Wnoszę o następującą formę odbioru Karty: (właściwe zaznaczyć **X**)

- listownie na adres wskazany w niniejszym wniosku
- osobiście w siedzibie Urzędu, w którym składam niniejszy wniosek.