

| |
|----------------------|
| WYPEŁNIA ORGAN |
| Numer wniosku: |
| Data wpływu wniosku: |

ZON-4/4

Wniosek o wydanie mLegitymacji ON

| | | |
|---|---|--------------------------|
| WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA | | |
| WNIOSK NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI | | |
| 1. Nazwa organu: | | |
| DANE WNIOSKODAWCY¹ | | |
| 2. Imię | 3. Nazwisko | |
| 4. Numer PESEL | | |
| DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSK² | | |
| 5. Imię | 6. Nazwisko | |
| 7. Numer PESEL | | |
| ADRES ZAMELDOWANIA² | | |
| 8. Miejscowość | 9. Kod pocztowy | 10. Poczta |
| 11. Ulica | 12. Nr domu/Nr lokalu | 13. Adres e-mail |
| 14. Numer telefonu | | |
| ADRES ZAMIESZKANIA² - wypełnić w przypadku, kiedy jest inny niż adres zameldowania | | |
| 15. Miejscowość | 16. Kod pocztowy | 17. Poczta |
| 18. Ulica | 19. Nr domu/Nr lokalu | |
| OŚWIADCZENIA właściwe należy zaznaczyć "X" | | |
| 20. Oświadczam, że: | | |
| 1) sprawuję władzę rodzicielską nad osobą niepełnosprawną, która jest uprawniona do uzyskania mLegitymacji ON | | <input type="checkbox"/> |
| 2) sprawuję opiekę nad osobą niepełnosprawną, która jest uprawniona do uzyskania mLegitymacji ON | | <input type="checkbox"/> |
| 3) sprawuję kuratelę nad osobą niepełnosprawną, która jest uprawniona do uzyskania mLegitymacji ON | | <input type="checkbox"/> |
| | 21. <div style="text-align: right;">(data i podpis osoby składającej wniosek)</div> | |

Wyjaśnienia:

¹ Osoba niepełnosprawna posiadająca legitymacje tradycyjną.

² Przedstawiciel ustawowy osoby niepełnosprawnej, którego dane nie są zawarte we wniosku o ustalenie niepełnosprawności albo o ustalenie stopnia niepełnosprawności, oraz którego dane nie są zawarte w systemie, o którym mowa w art. 6d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Klauzula Informacyjna
(Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 4 maja 2016 r., str. 1 oraz Dz. Urz. UE L 127 z 23 maja 2018 r., str. 2) – nazywanego dalej RODO, informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności reprezentowany przez Przewodniczącą z siedzibą w Rawiczu przy ul. Wały J. Dąbrowskiego 2, e-mail: zon@powiatrawicki.pl, tel. 65 545-35-05.

2. Współadministratorami Państwa danych osobowych są:

Starosta Rawicki w zakresie zapewnienia ochrony pomieszczeń, obsługi korespondencji oraz archiwizacji akt postępowań;

Pełnomocnik Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych oraz Minister Rodziny i Polityki Społecznej w zakresie danych zgromadzonych w Elektronicznym Krajowym Systemie Monitorowania i Orzekania o Niepełnosprawności (EKSMON).

3. W sprawach związanych z przetwarzaniem Państwa danych osobowych można kontaktować się z wyznaczonym przez Starostę Rawickiego Inspektorem Ochrony Danych przez e-mail: iod@powiatrawicki.pl lub pisemnie na adres: Starostwo Powiatowe w Rawiczu (IOD), ul. Rynek 17, 63-900 Rawicz.

4. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu wydania orzeczeń o: niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, wskazaniach do ulg i uprawnień oraz wydawania legitymacji osobom niepełnosprawnym i kart parkingowych na podstawie ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, ustawy z dnia 20.06.1997 r. prawo o ruchu drogowym, rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15.07.2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności, rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25.06.2014 r. w sprawie wzoru oraz trybu wydawania i zwrotu kart parkingowych. Podstawą do przetwarzania Państwa danych jest konieczność realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) oraz zapewnienia zabezpieczenia społecznego na podstawie przepisów prawa (art. 9 ust. 2 lit. b i h).

W pozostałych wypadkach dane będą przetwarzane na podstawie udzielonej zgody w wyraźnie oznaczonych, odrębnych celach (art. 6 ust. 1 lit. a RODO).

5. W zakresie danych osobowych, w stosunku do których została wyrażona zgoda, mają Państwo prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie z zastrzeżeniem, że cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

6. Podanie przez Państwo danych osobowych jest obowiązkowe, w zakresie danych przetwarzanych na podstawie przepisów prawa i jest niezbędne do przeprowadzenia postępowania. Skutkiem niepodania danych osobowych będzie pozostawienie sprawy bez rozpatrzenia.

7. Państwa dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom uprawnionym do obsługi doręczeń oraz podmiotom z którymi administrator danych osobowych zawarł stosowne umowy powierzenia przetwarzania danych.

8. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do załatwienia sprawy, w której zostały one zebrane, a następnie – w przypadkach w których wymagają tego przepisy ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach przez czas określony w tych przepisach.

9. Zgodnie z RODO przysługuje Państwu prawo do:

dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;

sprostowania (poprawiania) swoich danych,

ograniczenia przetwarzania danych osobowych;

usunięcia swoich danych (dotyczy tylko danych przetwarzanych na podstawie wyrażonej zgody, art. 6 ust. 1 lit. a RODO);

wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych na adres: UODO ul. Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa.

10. Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym również profilowaniu.