****** 

PATRONAT HONOROWY

****

**OŚWIADCZENIE PEŁNOLETNIEGO UCZESTNIKA KONKURENCJI SPORTOWYCH**

*……………………………………*

*(miejscowość, data)*

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że mogę wziąć udział w **KONKURENCJACH SPORTOWYCH**  organizowanych w ramach „Kaliskiego Tygodnia Zdrowia”, które odbędą się w dniu **…………………………… w Hali Sportowej Technikum im. Św. Józefa w Kaliszu ul. Złota 144.**

 Oświadczam, że nie mam przeciwwskazań lekarskich do uczestniczenia
w konkurencjach sportowych. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych Uczestnika konkurencji sportowych przez Administratora danych: *Powiatową Stację Sanitarno- Epidemiologiczną w Kaliszu.*

Oświadczam także, że zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych. Brak wyrażenia zgody na udział w konkurencjach sportowych, brak udzielenia zgody na przetwarzanie danych osobowych Uczestnika konkurencji są równoznaczne z bezskutecznością zgłoszenia.

…………………………………………………..

Imię i nazwisko - podpis

**KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

W związku z wymogami 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),

*Powiatowa Stacja Sanitarno- Epidemiologiczna w Kaliszu*

……………………………………………………………….....................................................................................

*(nazwa stacji sanitarno-epidemiologicznej)*

informuje o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących prawach z tym związanych.

1. Administratorem danych jest: *Powiatowa Stacja Sanitarno- Epidemiologiczna w Kaliszu.*
2. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych przez *PSSE w Kaliszu* jest zgoda osób, których dane dotyczą (art. 6 ust. 1 lit. a rozporządzenia nr 2016/679). Dane osobowe będą udostępniane na stronie internetowej *Powiatowej Stacji Sanitarno- Epidemiologiczna w Kaliszu.*
3. Kontakt z Administratorem danych możliwy jest pod adresem:

*Powiatowa Stacja Sanitarno- Epidemiologiczna w Kaliszu*

*tel. 62 767 76 10*

1. Administrator danych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych nadzorującego prawidłowość przetwarzania danych osobowych. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adresem: iod.psse.kalisz@sanepid.gov.pl
2. Pani/Pana\* dane osobowe będą przetwarzane w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia konkurencji sportowych, w tym do: *dokumentacji pokonkursowej ( protokół, informacja do WSSE, informacja na stronę internetową PSSE w Kaliszu).*
3. W związku z przetwarzaniem danych osobowych w celu, o którym mowa w pkt 5, odbiorcami Pani/Pana\* danych osobowych mogą być: *podmioty upoważnione i odbiorcy mediów społecznościowych.*
4. Pani/Pana\* dane osobowe będą przechowywane przez okres: *realizacji Kaliskiego Tygodnia Zdrowia*

tj. okres niezbędny do realizacji celu określonego w pkt 5, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa, w szczególności ze względu na cele archiwalne w interesie publicznym, cele badań naukowych lub historycznych lub cele statystyczne.

1. W zakresie odnoszącym się do Pani/Pana\* danych osobowych przetwarzanych na potrzeby konkursu posiada Pani/Pan\* prawo do żądania dostępu do treści danych; sprostowania danych; usunięcia danych; ograniczenia przetwarzania danych; wnoszenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych; przenoszenia danych; cofnięcia zgody na przetwarzanie danych.
2. Dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji ani profilowaniu. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej.
3. Pani/Panu\* przysługuje prawo wniesienia skargi na niezgodne z prawem przetwarzanie Pani/Pana\* lub Uczestnika konkursu danych osobowych do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych.

 ………………………………..

 *(podpis przedstawiciela ustawowego)*

\* właściwe podkreślić