**POLSKI ZWIĄZEK NIEWIDOMYCH**

**OKRĘG – DOLNOŚLĄSKI**

 **50-355 Wrocław, ul. Grunwaldzka 12B**

Tel. 71 321-32-02

[**www.dolnoslaski.pzn.org.pl**](http://www.dolnoslaski.pzn.org.pl)**,**

**e-mail: sekretariat@dolnoslaski.pzn.org.pl**

REGON: 932112921; KRS: 0000087580; NIP: 898-16-24-789

Konto: Santander 61 1090 1522 0000 0000 5201 9091

**Wrocław, dnia …………….…….**

**UPOWAŻNIENIE**

Działając w imieniu **Polskiego Związku Niewidomych Okręgu Dolnośląskiego** na podstawie art. 29 Ogólnego 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

**Upoważniam i polecam przetwarzanie danych osobowych**

Pani/ Panu **………………………………..……………………………………..**

zatrudnioną(ego) na stanowisku **…………………………..………………….**

**………………………………………………………………………………….....**

umowa (nr, z dnia) (Umowa) **……………………………..…………………...**

pełniącą(ego) funkcję **………………………………..………………………..**

w zakresie obowiązków pracowniczych / obowiązków wynikających z Umowy / pełnionej funkcji)\*, z wyłączeniem udostępniania danych osobowych, w następujących zbiorach danych:

**Członkowie zwyczajni, nadzwyczajni, podopieczni-dorośli, podopieczni-dzieci,**  **uczestnicy projektów, wolontariusze**

Uprawnienia tylko dla danych osobowych:

Koła Terenowego **…………………………………………..**

Upoważnienia udziela się od dnia **………………..** **do końca kadencj – t.j. do końca 2027**

Wygaśnięcie stosunku prawnego łączącego strony z jakiejkolwiek przyczyny powoduje wygaśnięcie niniejszego upoważnienia.

**…………………………………………………**

(data i podpis dyrektora Biura Okręgu / Prezesa PZN OD)

)\* właściwe podkreślić

**……………………………………….**

 Imię i nazwisko

 **……………………………………….**

 Funkcja / Stanowisko

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z treścią zapisów Ogólnego 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 dotyczącymi sposobu przetwarzania danych osobowych, w szczególności o treści zasad ogólnych przetwarzania danych i prawach osób, których dane dotyczą oraz treścią **Polityk Ochrony Danych** obowiązujących w **Polskim Związku Niewidomych Okręgu Dolnośląskim** i zobowiązuję się do przestrzegania zasad ochrony danych osobowych, a w szczególności do:

1. Stosowania określonych przez Administratora i Konsultanta ds. Ochrony Danych Osobowych oraz jego zastępców procedur i środków, mających na celu:

- właściwe i adekwatne przetwarzanie danych osobowych,

- zabezpieczenie danych przed ich udostępnianiem osobom nieupoważnionym,

- zachowania w tajemnicy treści danych osobowych,

- reagowania na wszelkie naruszenia zasad Polityk Ochrony Danych.

2. Zachowania szczególnej staranności w trakcie dokonywania operacji przetwarzania danych osobowych, w celu ochrony interesów osób, których dane dotyczą.

Oświadczam, iż zapoznałam/łem się oraz posiadam możliwość stałego dostępu do dokumentacji regulującej zasady przetwarzania danych osobowych w **Polskim Związku Niewidomych Okręgu Dolnośląskim**w szczególności do:

1. Polityki Ochrony Danych w tym m.in. Polityki Ochrony Danych Osobowych, Polityki Zarządzania Incydentami Bezpieczeństwa.

2. Polityki Zarządzania Systemem Informatycznym, służącym do przetwarzania danych osobowych.

|  |  |
| --- | --- |
| **……………………………**Data | **……………………………….……….**Podpis os. upoważnionej |