

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisana/-y (imię i nazwisko) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojej córki/ mojego syna (imię i nazwisko) w ramach organizacji programu: "Ruch i zdrowe odżywianie to moje wyzwanie", realizowanego przez Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie w 2023 roku.

Dane osobowe przetwarzane będą zgodnie z Rozporządzeniem 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, publ. Dz.U.UE.I.2016.119.1)

Administratorem podanych danych osobowych jest Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie.

Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do zrealizowania celu w jakim zostały powierzone.

Podmiot danych osobowych ma prawo do: żądania od przetwarzających dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, przenoszenia danych, wniesienia skargi do właściwego organu nadzorczego.

W przypadku, w którym przetwarzanie przekazywanych danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą przysługuje prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych, którego dokonano przed jej cofnięciem.

Przekazane dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich.

Wyrażenie zgody jest dobrowolne.

.....

(podpis rodzica/opiekuna prawnego)