

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
data

**ZGODA NA WEZWANIE POGOTOWIA RATUNKOWEGO  
W CELU RATOWANIA ZDROWIA LUB ŻYCIA DZIECKA**

Oświadczam, że wyrażam zgodę dla placówki: **Publiczna Szkoła Podstawowa im. Janusza Korczaka w Polskiej Nowej Wsi, ul. Lipowa 56, 46-070 Polska Nowa Wieś**, na wezwanie pogotowia ratunkowego w celu ratowania zdrowia lub życia mojego dziecka.

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art.13 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 (zwanej dalej RODO) **Publiczna Szkoła Podstawowa im. Janusza Korczaka w Polskiej Nowej Wsi, ul. Lipowa 56, 46-070 Polska Nowa Wieś** informuje, że:

1. Administratorem Danych Osobowych jest **Publiczna Szkoła Podstawowa im. Janusza Korczaka w Polskiej Nowej Wsi, ul. Lipowa 56, 46-070 Polska Nowa Wieś** zwanym dalej Administratorem;
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych e-mail: [inspektor@kancelaria-odo.pl](mailto:inspektor@kancelaria-odo.pl).
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu ratowania zdrowia lub życia;
4. Odbiorcami danych osobowych będą podmioty zajmujące się ratowaniem zdrowia lub życia;
5. Dane osobowe nie będą przekazane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych;
6. Wyżej wymienione dane osobowe będą przechowywane przez okres pobytu dziecka w placówce **Publicznej Szkole Podstawowej im. Janusza Korczaka w Polskiej Nowej Wsi, ul. Lipowa 56, 46-070 Polska Nowa Wieś**
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych;
8. Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
9. Posiada Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
10. Wyrażenie zgody jest dobrowolne, jednak jej niewyrażenie może utrudniać pomoc medyczną i może mieć wpływ na ratowanie zdrowia lub życia;

.....  
(data i czytelny podpis rodzica lub prawnego opiekuna)