……………………., dn. …………..

…………………………………………………….

 (imię i nazwisko)

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

Oświadczam, że wyrażam zgodę dla placówki: **Szkoła Podstawowa nr 1 w Wodzisławiu Śląskim, 44-300** **Wodzisław Śląski**, **ul. Wałowa** **5** na wezwanie pogotowia ratunkowego w celu ratowania zdrowia lub życia mojego dziecka.

………………………………………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko dziecka, wiek)*

**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)* ***Szkoła Podstawowa nr 1 w Wodzisławiu Śląskim*** *informuje, że:*

1. *Administratorem Danych Osobowych jest* ***Szkoła Podstawowa nr 1 w Wodzisławiu Śląskim****,* ***44-300*** ***Wodzisław Śląski***, ***ul. Wałowa*** ***5****,* *zwanym dalej* ***Szkoła Podstawowa nr 1 w Wodzisławiu Śląskim****;tel.* ***32 453 01 44****, e-mail:* ***sp1@wodzislaw-slaski.pl****;*
2. *Inspektorem ds. Ochrony Danych (osobą odpowiedzialną za prawidłowość przetwarzanie danych) jest* ***Elżbieta******Borgosz*** *(kontakt do inspektora:* ***e-mail: biuro@bhpjanicki.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 odbiorcom do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;*
6. *Wyżej wymienione dane osobowe będą przechowywane przez okres pobytu dziecka w placówce* ***Szkoła Podstawowa nr 1 w Wodzisławiu Śląskim****;*
7. *Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych dotyczących osoby, której dane dotyczą, 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;*
10. *Wyrażenie zgody jest dobrowolne, jednak jej nie wyrażenie może utrudniać pomoc medyczną i mieć wpływ na ratowanie zdrowia lub życia;*
11. *Administrator Danych Osobowych nie podejmuje w sposób zautomatyzowany decyzji oraz nie profiluje danych osobowych;*
12. *Administrator Danych Osobowych nie planuje dalej przetwarzać danych osobowych w celu innym niż cel, w którym dane osobowe zostaną zebrane.*

..……………………………………………….

 *(data i czytelny podpis obojga rodziców lub prawnych opiekunów)*