**Załącznik nr 10**

**Wzór wniosku o realizację prawa do przeniesienia danych**

........................................., dnia............................

……………………………………………………………………………

(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

**Dyrektor ……………………………………..**

**Wniosek dotyczy danych osobowych\*:**

* Wnioskodawcy
* Osoby reprezentowanej przez Wnioskodawcę (pełnomocnik/przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny\*\*)

Dane identyfikujące osobę, której dotyczy realizacja prawa do ograniczenia przetwarzania danych:

**Imię i nazwisko:**

**Adres zamieszkania:**

**PESEL**(w celu jednoznacznej

identyfikacji osoby):

**Numer dowodu osobistego** (Należy

uzupełnić, gdy osoba nie posiada

numeru PESEL):

**Inne dane pozwalające na**

**jednoznaczną identyfikację osoby:**

Zgodnie z art. 20 Rozporządzenie 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) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE. L Nr 119, str. 1), zwanego dalej „Rozporządzeniem” lub „RODO”:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Żądam przeniesienia danych osobowych mnie |  | Wybór Wnioskodawcy *(prosimy o zaznaczenie* | |  |
| dotyczących/osoby której jestem |  | *‘’TAK” lub „NIE”):* |  |  |
| pełnomocnikiem/opiekunem prawnym lub |  |  |  |  |
| ustawowym\*\*, a przetwarzanie: |  |  |  |  |
| Odbywa się na podstawie mojej zgody w myśl art. 6 ust. 1 |  | □ TAK | □ NIE |  |
| lit. a) lub art. 9 ust. 2 lit. a) Rozporządzenia RODO |  |  |
|  |  |  |  |
| Odbywa się na podstawie umowy w myśl art. 6 ust. 1 lit. b) |  | □ TAK | □ NIE |  |
| Rozporządzenia RODO |  |  |
|  |  |  |  |
| Odbywa się w sposób zautomatyzowany |  | □ TAK | □ NIE |  |
|  |  |  | |  |
| Żądam przeniesienia **wszystkich** moich danych osobowych, |  | Należy wskazać dane innego administratora: | |  |
| przez ADO bezpośrednio innemu wskazanemu ADO, o ile |  |  |  |  |
| jest to technicznie możliwe: |  |  |  |  |
|  |  |  | Strona **1** z **2** |  |

**Załącznik nr 10**

**Wzór wniosku o realizację prawa do przeniesienia danych**

Żądam przeniesienia **określonych** moich danych osobowych, przez ADO bezpośrednio innemu wskazanemu ADO, o ile jest to technicznie możliwe:

Należy wskazać dane innego administratora:

Należy wskazać dane względem których wnioskodawca żąda przeniesienia:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Wybrany przez Wnioskodawcę sposób udzielenia |  | Wybór Wnioskodawcy *(prosimy o zaznaczenie* | |  |
|  |  | *‘’TAK” przy danym wyborze sposobu udzielenia* | |  |
|  | odpowiedzi w przedmiocie rozstrzygnięcia |  |  |
|  |  | *odpowiedzi):* | |  |
|  |  |  |  |
|  | Odbiór osobisty | | □ TAK | □ NIE |  |
|  | Wysyłka za pośrednictwem korespondencji |  | □ TAK | □ NIE |  |
|  | listowej |  | *(Jeżeli zaznaczono „TAK”, proszę o podanie adresu* | |  |
|  |  |  | *korespondencyjnego, na który należy wysłać* | |  |
|  |  |  | *odpowiedź)* | |  |
|  |  |  | ……………………………………………………………………… | |  |
|  |  |  | ………………………………………….………………………….. | |  |
|  | Wysyłka zwrotna drogą elektroniczną (ePUAP) | | □ TAK | □ NIE |  |
|  | Wysyłka drogą elektroniczną przez e-mail |  | □ TAK | □ NIE |  |
|  |  |  | *(Jeżeli zaznaczono „TAK”, proszę o podanie adresu* | |  |
|  |  |  | *e-mail na który należy wysłać odpowiedz)* | |  |
|  |  |  | ……………………………………………………………………… | |  |
|  |  |  |  |  |  |

**\* Należy wybrać właściwe**

\*\***Należy przedstawić do wglądu dokument stanowiący opiekę prawną lub pełnomocnictwo do dokonania czynności**

……………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | (podpis Wnioskodawcy) | |  |
| *UWAGA! Wypełnia osoba przyjmująca wniosek:* | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | Sposób złożenia wniosku | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | Osobiście | □ TAK | □ NIE |  |
|  |  | Za pośrednictwem korespondencji listowej | □ TAK | □ NIE |  |
|  |  | Za pośrednictwem korespondencji elektronicznej | □ TAK | □ NIE |  |
|  |  | (ePUAP) |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | Podpis osoby przyjmującej | Imię i nazwisko |  |  |
|  |  |  | …………………………………………………………………………….. | |  |
|  |  |  | Stanowisko |  |  |
|  |  |  | …………………………………………………………………………….. | |  |
|  |  |  | Data |  |  |
|  |  |  | ……………………………..……………………………………………… | |  |
|  |  |  |  |  |  |

Strona **2** z **2**