ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Dyrektora Zespołu Szkół im. Michała Konarskiego
w Warszawie moich danych osobowych w zakresie: danych zwykłych w postaci imienia
i nazwiska oraz danych dziecka, którego jestem rodzicem/opiekunem prawnym, w tym danych zwykłych w postaci imienia i nazwiska oraz ewentualnych danych szczególnej kategorii
w postaci informacji nt. zdrowia.

Wyrażam także zgodę na przekazanie przez Dyrektora w/w danych do odpowiednich podmiotów przeprowadzających szczepienie.

Udzielam niniejszych zgód na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a RODO[1], w celu przeprowadzenia procesu szczepień przez szkołę.

……………………………

data i podpis

[1] Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.