……

(imię i nazwisko)

Oświadczenie dla celów ubezpieczenia zdrowotnego

DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ	
Numer PESEL	
Data urodzenia	
DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ	
Imię drugie	
Nazwisko rodowe	
Obywatelstwo	
Płeć	
TYTUŁ UBEZPIECZENIA	
Ustalone prawo do emerytury lub renty	☐ kod
0	osoba, która **nie ma** ustalonego prawa do **emerytury lub renty**
1	osoba, która **ma** ustalone prawo do **emerytury**
2	osoba, która **ma** ustalone prawo do **renty**
Stopień niepełnosprawności *(zgodnie z orzeczeniem przedłożonym przez ubezpieczonego)*	☐ kod stopnia niepełnosprawności
0	osoba **nieposiadająca** orzeczenia o niepełnosprawności
1	osoba, posiadająca orzeczenie o **lekkim stopniu niepełnosprawności**
2	osoba, posiadająca orzeczenie o **umiarkowanym stopniu niepełnosprawności**
3	osoba, posiadająca orzeczenie **o znacznym stopniu niepełnosprawności**
4	osoba, posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności wydawane osobom do 16 roku życia
Kod Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia	☐ kod Oddziału NFZ
06 R	Małopolski Oddział Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia
07 R	Mazowiecki Oddział Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia
09 R	Podkarpacki Oddział Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia
…….	……..
Adres zameldowania	

Kod pocztowy	
Miejscowość	
Gmina	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
(należy wypełnić poniższe rubryki jeśli adres zamieszkania lub korespondencyjny różni się od adresu zameldowania)	
Adres zamieszkania	
Kod pocztowy	
Miejscowość	
Gmina	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Adres korespondencyjny	
Kod pocztowy	
Miejscowość	
Gmina	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana (y) o tym, że:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Tuchowie im. Bohaterów Bitwy pod Łowczówkiem reprezentowane przez Dyrektora Bogusława Harańczyka.
2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować poprzez adres e-mail: iod.ckziu.tuchow@wp.pl, pisemnie na adres siedziby administratora bądź telefonicznie pod numerem tel. 14 652-58-19.
3. Moje dane osobowe przetwarzane będą w celu dydaktyczno-wychowawczo-opiekuńczym oraz do realizacji umów zawartych z Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Tuchowie im. Bohaterów Bitwy pod Łowczówkiem na podstawie Rozporządzenia 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 takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (art. 6 ust. 1 pkt. a/b/c/d/e/f).
4. Odbiorcami moich danych osobowych będą podmioty publiczne oraz podmioty wykonujące zadania publiczne bądź działające na zlecenie organów publicznych upoważnione do odbioru moich danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa oraz inne podmioty na mocy łączących umów, porozumień zawartych z CKZiU w Tuchowie.
5. Moje dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania – nauki i zatrudnienia w szkole lub przez okres czasu wynikający z przepisów prawa archiwalnego.
6. Moje dane nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
7. Posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody).
8. Podanie przeze mnie danych osobowych jest obowiązkowe, jeżeli przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie przepisów prawa lub gdy przesłankę przetwarzania stanowi zawarta między stronami umowa.
9. Mam prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych (UODO) gdy uznam, iż przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

……..

(data i czytelny podpis)