Załącznik nr 3

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

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

……………………………………………………………………………

(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

**Dyrektor Zespołu Szkolno- Przedszkolnego, ul. Jagiellońska 3, 13-300 Nowe Miasto Lubawskie**

**Wniosek dotyczy danych osobowych\*:**

□ Wnioskodawcy

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

|  |
| --- |
| Dane identyfikujące osobę, której dotyczy realizacja prawa do sprostowania 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. 16 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” wnioskuję o:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Poprawienie danych dotyczy:** | **Zakres danych wymagających sprostowania** | **Wskazanie danych prawidłowych** |
| Żądanie poprawienia danych dotyczących danych nieprawidłowych. Żądając powyższego składam oświadczenie o zasadności takiego sprostowania  |  |  |
| Uzupełnienie danych  | Niekompletność danych polega na/wynika z :…………………………………………… | Wskazanie danych, które wymagają uzupełnienia:…………………………………….. |
| Żądanie sprostowania danych niekompletnych poprzez ich uzupełnienie |  |  |

**W załączeniu do niniejszego wniosku przedkładam stosowne dokumenty potwierdzające zasadność uzupełnienia niekompletnych danych**

|  |  |
| --- | --- |
| Wybrany przez Wnioskodawcę sposób udzielenia informacji/sposób przekazania kopii danych: | Wybór Wnioskodawcy *(prosimy o zaznaczenie ‘’TAK” przy danym wyborze sposobu udzielenia odpowiedzi):* |
| Odbiór osobisty  | □ TAK □ NIE |
| Wysyłka za pośrednictwem korespondencji listowej | □ TAK □ NIE*(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 odpowiedź)*……………………………………………………………………… |

**\* 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 (ePUAP) | □ TAK □ NIE |
| Podpis osoby przyjmującej | Imię i nazwisko……………………………………………………………………………..Stanowisko……………………………………………………………………………..Data……………………………..……………………………………………… |