Załącznik nr 4

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r., str. 1), dalej „RODO", informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gmina Trzebownisko reprezentowana przez Wójta Gminy Trzebownisko, Trzebownisko 976, 36-001 Trzebownisko, e-mail: poczta@trzebownisko.pl
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym Pani/Pan może się skontaktować poprzez adres e-mail: daneosobowe@trzebownisko.pl lub telefonicznie pod numerem: 17 77 13 700.
3. Przetwarzamy dane wskazane w oświadczeniu w celu uzyskania informacji, czy Pani/Pan wyraża zgodę na uczestnictwo w programie zdrowotnym.
4. Dane Pani/Pana (tj. imię i nazwisko, numer PESEL, adres zamieszkania), który/a wyrazi zgodę na uczestnictwo w programie zdrowotnym, zostaną przekazane podmiotowi leczniczemu, który będzie realizował program.
5. Podanie danych jest niezbędne, żeby Pani/Pan uczestniczył w programie zdrowotnym. Podstawą przetwarzania danych jest wyrażona zgoda na uczestnictwo. W przypadku wycofania zgody, niewyrażenia zgody lub zakończenie uczestnictwa w programie, dane osobowe będą przetwarzane w celu archiwizacji na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
6. Ma Pani/Pan prawo do:
a) dostępu do treści danych, uzyskania ich kopii oraz ich sprostowania i przenoszenia;
b) uzyskania informacji o celach przetwarzania, kategoriach przetwarzanych danych osobowych, o odbiorcach lub kategoriach odbiorców tych danych, planowanym okresie przechowywania danych lub o kryteriach ustalania tego okresu;
c) wniesienia skargi do organu nadzoru gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy dotyczące ochrony danych osobowych.
7. Nie przysługuje Pani/Panu prawo do: żądania ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, żądania usunięcia danych osobowych.
8. Pani/Pana dane będą udostępnione podmiotowi leczniczemu, który realizować będzie program zdrowotny. Mogą zostać również udostępnione dostawcom oprogramowania, z którego korzysta Administrator, podmiotom, prowadzącym obsługę prawną urzędu oraz podmiotom świadczącym usługi w zakresie niszczenia i archiwizowania dokumentów.
9. Pani/Pana zanonimizowane dane medyczne uniemożliwiające identyfikację będą wykorzystane w celach statystycznych i naukowych.
10. Pani/Pana dane nie będą transferowane do państw trzecich, ani nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym profilowane.

....

Miejscowość, data Podpis składającego oświadczenie