 **ZGŁOSZENIE DELEGATA NA IV KADENCJĘ**

**OBYWATELSKIEGO PARLAMENTU SENIORÓW**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.Podmiot delegujący  /właściwy zaznaczyć/ | * + Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów   + Uniwersytet Trzeciego Wieku   + Gminna/miejska rada seniorów   + Inna organizacja senioralna/instytucja rekomendująca   ……………………………………………………….  *wpisać nazwę* | |
| 2.Pełna nazwa podmiotu rekomendującego do OPS, adres, telefon, e-mail | ……………………………………………………………………….  *Nazwa podmiotu*  ……………………………………………………………………………………………….  *Kod, ulica, miasto, tel. e-mail* | |
| 3.Zasięg terytorialny pod- miotu rekomendującego xx/ |  | |
| 4.Liczba zarejestrowanych członków/ podopiecznych xx/ | ……………………………….. | |
| **Imię i nazwisko kandydata**  **Nr PESEL** | …………………………………………………………………………  *Imię i nazwisko nr PESEL* | |
| Rekomendacja na:  *Zakreślić wybrany* | Delegat OPS Członek Prezydium Osoba zaufania publicznego | |
| Adres do korespondencji,  e-mail, telefon | …………………………………………………………………………  *Kod, miejscowość, e- mail telefon* | |
| **Rekomendacja,** kompetencje, pełnione funkcje w organizacji, przebieg pracy społecznej.  W przypadku kandydowania do Prezydium konieczne są rekomendacje **dwóch** organizacji (druga w załączeniu)  500 znaków każda | ………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………….…………………………………………………………...........................  …………………………………………………………………………. | |
| Osoby reprezentujące podmiot rekomendujący delegata | Imię i nazwisko  Imię i nazwisko | ……………………………………………………………  *czytelny podpis*  …………………………………………………………....  *czytelny podpis* |

*x)* *niniejsze zgłoszenie ma zastosowanie także do rekomendującej osoby zaufania publicznego*

*xx) w przypadku osób zaufania publicznego nie wypełnia się wierszy 3,4,5,*

***Oświadczenie uczestnika Sesji plenarnej i innych wydarzeń***

***Obywatelskiego Parlamentu Seniorów dotyczące* *danych osobowych***

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Obywatelski Parlament Seniorów moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu w celach niezbędnych do organizacji sesji plenarnych i spotkań dotyczących realizacji działań polityki senioralnej

Oświadczam, że zostałem (-am) poinformowany (-a), o tym, że:

1. administratorem danych osobowych jest OPS a z Inspektorem Ochrony Danych mogę się skontaktować poprzez e-mail: [biuro@parlamentseniorow.pl](mailto:biuro@parlamentseniorow.pl)
2. podstawą prawną przetwarzania moich danych będzie udzielona zgoda,
3. moje dane będą przetwarzane w celach, na które udzieliłem/łam powyżej zgody,
4. moje dane nie będą przekazane do państw trzecich,
5. okres przetwarzania moich danych osobowych będzie wynosił 5 lat,
6. dane osobowe są przetwarzane w celach niezbędnych do organizacji spotkań dotyczących realizacji działań polityki senioralnej,
7. podanie danych jest dobrowolne, jednak niezbędne do przeprowadzenia i zorganizowania w/w spotkań,
8. mam prawo do:
   1. żądania dostępu do swoich danych osobowych,
   2. sprostowania danych,
   3. żądania uzupełnienia niekompletnych danych osobowych, w tym poprzez przedstawienie dodatkowego oświadczenia,
   4. usunięcia danych lub ograniczenia ich przetwarzania,
   5. wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania moich danych osobowych,
   6. przeniesienia moich danych osobowych,
   7. nie podlegania decyzji, która opiera się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu i wywołuje wobec mnie skutki prawne lub w podobny sposób wywiera istotny wpływ,
   8. cofnięcia wyrażonej zgody w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania moich danych, którego dokonano na podstawie udzielonej zgody przed jej cofnięciem.
   9. W przypadku wątpliwości co do prawidłowości przetwarzania moich danych osobowych przez OPS, mam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego,

Podanie danych jest warunkiem uczestnictwa w sesji planarnej i innych wydarzeniach.

*Podpis delegata OPS*

*……………………………………………..*