



WNIOSEK O WYDANIE KARTY W RAMACH PROGRAMU PN. „GOCZAŁKOWICKA KARTA MIESZKAŃCA” DLA WNIOSKODAWCY LUB CZŁONKÓW RODZINY DO 18. ROKU ŻYCIA

Wniosek wypełniony nieczytelnie lub nieprawidłowo nie będzie realizowany. Pola wyboru zaznaczaj wstawiając znak [X]

CZĘŚĆ I - WNOSZĘ O WYDANIE KARTY

- | | |
|--|--|
| ☐ po raz pierwszy | ☐ dla wnioskodawcy |
| ☐ po raz kolejny (np. przedłużenie ważności, zmiana danych osobowych) | ☐ dla członków rodziny do 18. roku życia wymienionych w cz. III |
| ☐ wtórnika karty
(w razie uszkodzenia lub utraty) | |

CZĘŚĆ II - DANE WNIOSKODAWCY

Nazwisko _____

Imię _____

Numer PESEL _____

Miejsce zamieszkania

Ulica _____

Numer domu _____ Numer lokalu _____

Kod pocztowy _____

Miejscowość _____

Gmina _____

Dane kontaktowe (dane nieobowiązkowe)

Numer telefonu _____

Adres mail _____

CZĘŚĆ III - WNOSZĘ O WYDANIE KARTY DLA CZŁONKÓW RODZINY DO 18. ROKU ŻYCIA

1) Imię i nazwisko członka rodziny _____

Numer PESEL _____ Stopień pokrewieństwa _____

2) Imię i nazwisko członka rodziny _____
Numer PESEL _____ Stopień pokrewieństwa _____

3) Imię i nazwisko członka rodziny _____
Numer PESEL _____ Stopień pokrewieństwa _____

4) Imię i nazwisko członka rodziny _____
Numer PESEL _____ Stopień pokrewieństwa _____

5) Imię i nazwisko członka rodziny _____
Numer PESEL _____ Stopień pokrewieństwa _____

6) Imię i nazwisko członka rodziny _____
Numer PESEL _____ Stopień pokrewieństwa _____

7) Imię i nazwisko członka rodziny _____
Numer PESEL _____ Stopień pokrewieństwa _____

CZĘŚĆ IV - OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

- ☐ jestem wnioskodawcą
- ☐ razem z członkami rodziny wymienionymi w części III jestem zameldowana(-y) na terenie Gminy Goczałkowice-Zdrój na pobyt stały

CZĘŚĆ V - UZASADNIENIE WNIOSKU O WYDANIE WTÓRNIKA (JEŚLI DOTYCZY)

Uszkodzoną Kartę zwrócono dnia _____

Goczałkowice-Zdrój, dnia _____

podpis Wnioskodawcy

CZĘŚĆ VI - KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust.1 i 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 - RODO) (Dz. Urz. UE L 2016 Nr 119, s.1) informuję, że:

1. Administratorem danych osobowych przetwarzanych w Urzędzie Gminy Goczałkowice-Zdrój jest Wójt Gminy Goczałkowice-Zdrój z siedzibą w Urzędzie Gminy Goczałkowice-Zdrój, ul. Szkolna 13, 43-230 Goczałkowice-Zdrój, tel. 32/2107185, adres e-mail: gmina@goczałkowicezdroj.pl;
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: ul. Szkolna 13, 43-230 Goczałkowice-Zdrój, tel. 32/2107185, adres e-mail: abi@goczałkowicezdroj.pl;
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest prowadzenie spraw związanych z wydawaniem Goczałkowickiej Karty Mieszkańca na podstawie Uchwały nr VII/41/2024 Rady Gminy Goczałkowice-Zdrój z dnia 30 września 2024 r. w sprawie wprowadzenia na terenie gminy Goczałkowice-Zdrój Programu pn. „Goczałkowicka Karta Mieszkańca”;
4. Przetwarzanie, podanych danych osobowych, odbywa się na podstawie art. 6 RODO ust. 1 lit. a) zgody osoby, której dane dotyczą, jeżeli wyraziła zgodę, lit c) przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze oraz lit e) przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi;
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane odbiorcom, państwu trzecim, organizacjom międzynarodowym, innym niż upoważnione na podstawie przepisów prawa;
6. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy obowiązujących przepisów prawa, w tym w szczególności organom ścigania oraz organom wymiaru sprawiedliwości;
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu, wskazanego w pkt. 3, lecz nie dłużej niż przez okres wskazany w przepisach o archiwizacji;
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest konieczne w celu ustalenia prawa do udziału w Programie pn. „Goczałkowicka Karta Mieszkańca”;
9. Na podstawie art. 15 - 19 RODO, przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania;
10. Pana/Pani dane nie będą przetwarzane dla zautomatyzowanego podejmowania decyzji, nie będą podlegały profilowaniu;
11. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących, narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.

Goczałkowice-Zdrój, dnia _____

podpis Wnioskodawcy

CZĘŚĆ VII - ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH WNIOSKODAWCY ORAZ CZŁONKÓW RODZINY W WIEKU OD 16 DO 18 LAT, WYMIENIONYCH W CZĘŚCI III WNIOSKU

Zgodnie z Rozporządzeniem 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), dalej „RODO” wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych we wniosku w celu udziału w Programie pn. „Goczałkowicka Karta Mieszkańca”.
Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej i że podaję dane dobrowolnie. Zostałem/am poinformowany/a, że przysługuje mi prawo wglądu do danych, prawo ich sprostowania, a także prawo sprzeciwu wobec ich przetwarzania oraz wobec przekazywania moich danych osobowych innym podmiotom.

Imię i nazwisko Wnioskodawcy _____

Goczałkowice-Zdrój, dnia _____

podpis Wnioskodawcy

Imię i nazwisko członka rodziny _____

Goczałkowice-Zdrój, dnia _____

podpis członka rodziny

Imię i nazwisko członka rodziny _____

Goczałkowice-Zdrój, dnia _____

podpis członka rodziny

Imię i nazwisko członka rodziny _____

Goczałkowice-Zdrój, dnia _____

podpis członka rodziny

Imię i nazwisko członka rodziny _____

Goczałkowice-Zdrój, dnia _____

podpis członka rodziny

CZĘŚĆ VIII - POTWIERDZENIE WERYFIKACJI WNIOSKU (WYPEŁNIA PRACOWNIK URZĘDU GMINY)

Stwierdzam, że Wnioskodawca i członkowie rodziny spełniają warunki uprawniające do otrzymania Goczałkowickiej Karty Mieszkańca ☐ TAK ☐ NIE

Goczałkowice-Zdrój, dnia _____

podpis pracownika Urzędu Gminy

CZĘŚĆ IX - POKWITOWANIE ODBIORU KART

Niniejszym potwierdzam: zgodność danych umieszczonych na Kartach z danymi zawartymi we wniosku oraz odbiór Kart

Imię i nazwisko	_____	Numer karty	_____
Imię i nazwisko	_____	Numer karty	_____
Imię i nazwisko	_____	Numer karty	_____
Imię i nazwisko	_____	Numer karty	_____
Imię i nazwisko	_____	Numer karty	_____
Imię i nazwisko	_____	Numer karty	_____
Imię i nazwisko	_____	Numer karty	_____
Imię i nazwisko	_____	Numer karty	_____

Goczałkowice-Zdrój, dnia _____

podpis osoby uprawnionej do wydania Kart

Goczałkowice-Zdrój, dnia _____

czytelny podpis osoby odbierającej Kartę