…………………………………

……………………………………………….

Imię i Nazwisko osoby zgłaszającej

………………………………………………

Adres zameldowania/pobytu

 **Gminna Komisja Rozwiązywania**

 **Problemów Alkoholowych**

 **w Szczańcu**

**Wniosek**

**o wszczęcie postępowania zakresie leczenia odwykowego**

1. Nazwisko i imię………………………………………………………………………………………………
2. Pesel……………………………………………………………………………………………………………..
3. Data i miejsce urodzenia……………………………………………………………………………….
4. Miejsce zamieszkania……………………………………………………………………………………
5. Stan cywilny/imię współmałżonka/……………………………………………………………….
6. Liczba dzieci i ich wiek…………………………………………………………………………………..
7. Informacje uzasadniające potrzebę wszczęcia postępowania

/głównie dotyczące nadużywania alkoholu/

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………/powyższe dane i informacje dotyczą osoby nadużywającej alkoholu/

 ……………………………………………………

 /czytelny podpis osoby składającej wniosek

**Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 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. U. UE. L. 119.1 z 04.05.2016) informuję,:

|  |  |
| --- | --- |
| **TOŻSAMOŚĆ ADMINISTRATORA** | Administratorem Pana/Pani danych jest Wójt Gminy Szczaniec (66-225), przy ul. Herbowej 30.  |
| **DANE KONTAKTOWE ADMINISTRATORA** | Z administratorem można skontaktować się mailowo: ug@szczaniec.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora. |
| **DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH** | Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym może się Pani/ Pan skontaktować poprzez email: iod@szczaniec.pl Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych |
| **CELE PRZETWARZANIA I PODSTAWA PRAWNA** | Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane w celu prowadzenia spraw przez gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych, związanych z realizacją zadań związanych z procedurą zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w celu wypełnienia obowiązku prawnego Administratora, zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi  |
| **ODBIORCY DANYCH LUB KATEGORIE ODBIORCÓW DANYCH** | W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych w celach wskazanych powyżej, dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych, którymi mogą być:1. Podmioty upoważnione do odbioru Pani/Pana danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
2. Podmioty, które przetwarzają Pani/Pana dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające).
 |
| **OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH** | Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wskazanych powyżej celów przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa |
| **PRAWA PODMIOTÓW DANYCH** | Przysługuje Pani/Panu prawo żądania dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.W przypadku przetwarzania Pani/Pana danych na podstawie zgody, ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. |
| **PRAWO WNIESIENIA SKARGI DO ORGANU NADZORCZEGO** | Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych w państwie członkowskim Pani / Pana zwykłego pobytu, miejsca pracy lub miejsca popełnienia domniemanego naruszenia. |
| **INFORMACJA O DOWOLNOŚCI LUB OBOWIĄZKU PODANIA DANYCH** | Członkowie gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, w zakresie niezbędnym do realizacji zadań związanych z procedurą zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu, mogą przetwarzać informacje o osobach, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od obowiązku zaspokajania potrzeb rodziny albo systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny, oraz ich rodzinach bez zgody i wiedzy tych osób, zgodnie z rodzajami danych, o których mowa w art. 25a 1. i 2. ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w zakresie ujętym przepisami prawa, do których podania jest Pani/Pan zobowiązana.Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie przeprowadzenie postępowania z urzędu. |

…………………………………… ……………………………

 Imię i Nazwisko miejscowość, data

…………………………………………………

Adres zamieszkania/adres do korespondencji

**OŚWIADCZENIE**

 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 osobowych) (Dz. U. UE.L z 2016 r.
Nr 119, str.1), dalej „RODO” oraz ustawą o ochronie danych osobowych
z dnia 10 maja 2018 roku wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby toczącego się postępowania wyjaśniającego/ leczenia odwykowego.

 ………………………………

 podpis świadka postępowania