

(pieczęć organu z datą wpływu wniosku)

Poprzedni numer sprawy: PZON.....

☐ wprowadzono do bazy systemu EKSMOoN

UWAGI: .....

## NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (dotyczy osób powyżej 16 roku życia)

**Wnoszę o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (proszę wstawić JEDEN „☒” w odpowiednie miejsce):**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Po raz pierwszy - (dotyczy osób nieubiegających się dotychczas o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| W związku ze zmianą stanu zdrowia - (dotyczy osób posiadających ważne [ostateczne i prawomocne] orzeczenie o stopniu niepełnosprawności i ubiegają się o jego zmianę)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| <b>Ponowne wydanie orzeczenia</b> - w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia (dotyczy osób, u których ważność orzeczenia upłynie w ciągu najbliższych 30 dni <b>[UWAGA - WNIOSEK NALEŻY ZŁOŻYĆ NIE WCZEŚNIEJ NIŻ NA 30 DNI PRZED UPLYWEM WAŻNOŚCI POSIADANEGO OSTATECZNEGO I PRAWOMOCNEGO ORZECZENIA])</b>                                                                                                                                                           |  |
| Składałem/am wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – brak stopnia niepełnosprawności                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| Celem ustalenia wskazania do karty parkingowej stanowiącego podstawę do ubiegania się o wydanie karty parkingowej na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. - Prawo o ruchu drogowym (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 1990, z późn. zm.; dalej: <b>Prawo o ruchu drogowym</b> ) - (dotyczy osób, które na podstawie orzeczeń o stopniu niepełnosprawności wydanych do dnia 30 czerwca 2014 r. utraciły dotychczas posiadane prawo do otrzymania karty parkingowej) |  |

**DANE OSOBOWE OSOBY ZAINTERESOWANEJ**

Imię (*imiona*) i nazwisko: .....

Data urodzenia: ..... Miejsce urodzenia: ..... Obywatelstwo<sup>1</sup>: .....

Adres miejsca zameldowania (*na pobyt stały*)<sup>2</sup>: ...../...../-...../...../...../.....

Adres miejsca pobytu<sup>3</sup>: ...../...../-...../...../...../.....

Adres do korespondencji<sup>4</sup>: ..... / ..... / - ..... / ..... / ..... / .....

Nazwa, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość<sup>5</sup>: .....

[illegible]

**DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO** (wypełnić wyłącznie w przypadku, gdy osoba zainteresowana nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych /ubezwłasnowolnienie częściowe lub całkowite/)

Imię (*imiona*) i nazwisko: .....

Data urodzenia: ..... Miejsce urodzenia: ..... Obywatelstwo<sup>1</sup>: .....

Adres miejsca zameldowania (na pobyt stały)<sup>2</sup>: ...../...../.....-...../...../...../...../.....

Adres miejsca pobytu<sup>3</sup>: ...../...../-...../...../...../.....

Adres do korespondenciji<sup>4</sup>: ...../...../-...../...../...../.....

Nazwa, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość<sup>5</sup>.....

[illegible]

<sup>1</sup> Konieczność podania obywatelstwa dotyczy wyłącznie cudzoziemców nieposiadających numeru PESEL;

<sup>2</sup> Pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania;

<sup>3</sup> Adres miejsca pobytu należy podać wyłącznie w przypadku osób (Właściwą rubrykę zaznaczyć stawiając w polu: ☐ znak: „☒”):

- 1) ☐ bezdomnych,
- 2) ☐ przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad dwa miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych,
- 3) ☐ przebywających w zakładach karnych i poprawczych,
- 4) ☐ przebywających w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

<sup>4</sup> W przypadku zbieżności z adresem miejsca stałego pobytu / pobytu – wpisać: skrół jw. (UWAGA w przypadku, gdy osoba zainteresowana działa poprzez przedstawiciela ustawowego – korespondencję dorecza się temu przedstawicielowi [na wskazany przez tę osobę adres do korespondencji]);

<sup>5</sup> Dokumentami potwierdzającymi tożsamość są: dowód osobisty lub paszport;

<sup>6</sup> **Podanie numeru telefonu jest dobrowolne** i służy wyłącznie do ewentualnego kontaktu Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Będzinie z osobą zainteresowaną (*lub jej przedstawicielem ustawowym*) do celów związanych z prowadzonym postępowaniem w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. Natomiast brak jego podania skutkuje ograniczeniem form komunikacji.

# DO POWIATOWEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W BĘDZINIE

Zwracam się z wnioskiem o wydanie w stosunku do mojej osoby orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów (proszę wstawić znak: „☒” w odpowiednie miejsce):

|     |                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Odpowiedniego zatrudnienia                                                                                                                                                                                                             |
| 2.  | Szkolenia (w tym specjalistycznego)                                                                                                                                                                                                    |
| 3.  | Zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej                                                                                                                                                                                          |
| 4.  | Uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej                                                                                                                                                                                          |
| 5.  | Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne                                                                                                                                          |
| 6.  | Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (usługi socjalne, opiekuńcze, terapeutyczne i rehabilitacyjne świadczone przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki) |
| 7.  | Korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1 - Prawo o ruchu drogowym                                                                                                                                                     |
| 8.  | Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej (np.: zasiłek stały / okresowy)                                                                                                                                                             |
| 9.  | Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego                                                                                                                                                                                                      |
| 10. | Uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego                                                                                                                                                                                   |
| 11. | Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju (dot.: „dodatku mieszkaniowego / energetycznego”)                                                                                                                                                   |
| 12. | Uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze                                                                                                                                                                    |
| 13. | Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów (należy wpisać jakie):                                                                                                                                           |

**CEL PODSTAWOWY (WYŁĄCZNIE JEDEN Z WYŻEJ WYMIENIONYCH):** cel numer (od 1 do 13): .....

## DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ OSOBY ZAINTERESOWANEJ

**Stan cywilny** (proszę wstawić wyłącznie jeden znak: „☒” w odpowiednie miejsce):

|                            |  |
|----------------------------|--|
| kawaler / panna            |  |
| żonaty / zamężna           |  |
| wdowiec / wdowa            |  |
| rozwódziona / rozwiedziony |  |
| separowany / separowana    |  |

**Zdolność do samodzielnego funkcjonowania** (proszę wstawić tylko jeden znak „☒” w odpowiednie miejsce w każdym z wierszy):

| Czynności                                                                                                         | samodzielnie | z pomocą | opieka |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------|--------|
| Wykonywanie czynności samoobsługowych (higiena osobista, spożywanie, przygotowanie posiłków, ubieranie się, itp.) |              |          |        |
| Poruszanie się w środowisku (chodzenie, poruszanie się w domu i poza domem, itp.)                                 |              |          |        |
| Prowadzenie gospodarstwa domowego (zakupy, sprzątanie, gotowanie, itp.)                                           |              |          |        |

## DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI ZAWODOWEJ OSOBY ZAINTERESOWANEJ

**Wykształcenie** (proszę wstawić tylko jeden znak „☒” w odpowiednie miejsce):

|                         |  |
|-------------------------|--|
| podstawowe nieukończone |  |
| podstawowe              |  |
| zasadnicze              |  |
| średnie                 |  |
| wyższe                  |  |

**Zawód wyuczony:** .....

**Czy aktualnie wykonuje pracę zarobkową** (Właściwą rubrykę zaznaczyć stawiając w polu: ☐ znak: „☒”): ☐ TAK ☐ NIE

**Zawód (obecnie) wykonywany:** .....

**OŚWIADCZAM, ŻE** (W przypadku pola: ☐ właściwą rubrykę zaznaczyć stawiając w polu znak: „☒”):

1. ☐ Pobieram / ☐ Nie pobieram:

☐ świadczenie rentowe: (Należy wskazać nazwę pobieranego świadczenia:)

☐ emeryturę.

2. ☐ **Mogę** (samodzielnie lub w towarzystwie osoby drugiej) / ☐ **nie mogę** - przybyć na posiedzenie składu orzekającego. (W przypadku niemożności przybycia należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność uczestnictwa w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej, nierokującej poprawy choroby).
3. **Jestem świadomy/a**, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja medyczna okaże się niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności - Przewodniczący Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Będzinie wzywa do jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji - z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
4. **Zobowiązuje się powiadomić** - Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Będzinie o każdej zmianie swojego adresu do momentu zakończenia postępowania - zgodnie z art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 2096 z późn. zm.; dalej: k.p.a.). W razie zaniedbania tego obowiązku – **jestem świadomy/a** iż doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.
5. **Dane** zawarte we wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności są zgodne z prawdą.

.....  
 podpis osoby zainteresowanej<sup>7</sup>  
 i/lub przedstawiciela ustawowego<sup>8</sup>

---

**DO WNIOSKU W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI NALEŻY  
 DOŁĄCZYĆ NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY:**

1. **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE** zawierające opis stanu zdrowia, rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących (*potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych*), wydane przez lekarza, pod którego opieką lekarską znajduje się osoba zainteresowana, **WYDANE NIE WCZEŚNIEJ NIŻ NA 30 DNI PRZED DNIEM ZŁOŻENIA WNIOSKU**;
2. **DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ** (np.: historia choroby / karty informacyjne leczenia szpitalnego / wyniki badań specjalistycznych) w formie: wyciągów, odpisów, kopii (kserokopie / skan) lub wydruków – uwierzytelnionych za zgodność z oryginałem. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. W przypadku dostarczenia niewierzytelnionych kopii – należy przedstawić (*do wglądu*) oryginały. Zgodnie bowiem z art. 76a § 2b zdanie pierwsze k.p.a. - upoważniony pracownik organu prowadzącego postępowanie, któremu został okazany oryginał dokumentu wraz z odpisem, na żądanie strony, poświadcza zgodność odpisu dokumentu z oryginałem;
3. **INNE DOKUMENTY MOGĄCE MIEĆ WPŁYW NA USTALENIE STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** (np.: *orzeczenia organów rentowych*);
4. **W PRZYPADKU ZŁOŻENIA WNIOSKU PRZEZ PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO** – należy przedstawić dokument potwierdzający fakt jego ustanowienia;
5. **W PRZYPADKU WYSTĄPIENIA Z WNIOSKIEM O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PRZEZ OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ** – należy załączyć pisemną zgodę osoby zainteresowanej (*lub przedstawiciela ustawowego*), której wniosek dotyczy;
6. **W PRZYPADKU REPREZENTOWANIA STRONY PRZEZ PEŁNOMOCNIKA** – należy dołączyć akt oryginał lub urzędowo poświadczony odpis pełnomocnictwa do reprezentowania strony. Adwokat, radca prawny, rzecznik patentowy, a także doradca podatkowy mogą sami uwierzytelnić odpis udzielonego im pełnomocnictwa oraz odpisy innych dokumentów wykazujących ich umocowanie.

**GODZINY PRZYJMOWANIA PODAŃ**  
**(ul. Ignacego Krasickiego 17, 42-500 Będzin; pokój:**  
**23/24 [parter]);**

**Numer telefonu Powiatowego Zespołu do  
 Spraw Orzekania  
 o Niepełnosprawności w Będzinie**

|              |               |
|--------------|---------------|
| PONIEDZIAŁEK | 07:30 – 17:00 |
| WTOREK       | 07:30 – 13.00 |
| ŚRODA        | 07:30 – 13:00 |
| CZWARTEK     | 07:30 – 13.00 |
| PIĄTEK       | 07:30 – 14:00 |

(32) 368-08-04

<sup>7</sup> W przypadku niemożności złożenia podpisu – osoba niemogąca pisać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wypisze jej imię i nazwisko oraz złoży swój podpis, albo w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (*burmistrza, prezydenta miasta*), starostę lub marszałka z województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać;

<sup>8</sup> W przypadku osób zainteresowanych niepełnoletnich (*które ukończyły lat 16*) – reprezentowanych przez przedstawiciela ustawowego – ze względu na konieczność przeprowadzenia badania lekarskiego wymagany jest podpis: osoby zainteresowanej oraz przedstawiciela ustawowego tej osoby.

## KLAUZULA INFORMACYJNA

### I.

#### [Administrator danych osobowych]

1. **Administratorem danych osobowych** (dalej: ADO) jest: Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Będzinie, ul. Ignacego Krasickiego 17, 42-500 Będzin.
2. **Użytkownicy mogą** się kontaktować z administratorem:
  - 1) **korespondencyjnie**: na wskazany powyżej adres organu;
  - 2) **e-mailowo na adres**: pzonbedzin@powiat.bedzin.pl;
  - 3) **telefonicznie**: (32) 368-08-04.

### II.

#### [Cele, podstawy prawne, okres retencji oraz obowiązki podania danych osobowych]

1. **Państwa dane osobowe** (w tym szczególne kategorie danych osobowych) będą przetwarzane związku z realizacją obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b) oraz wykonywaniem przez administratora zadań realizowanych w interesie publicznym lub sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi (art. 6 ust. 1 lit. e RODO). W niniejszym wypadku jest to prowadzenie postępowania w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w oparciu o przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 511 z późn. zm.; dalej: ustawa o rehabilitacji).
2. **Mogą również wystąpić** przypadki, w których ADO zwróci się o wyrażenie zgody - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO – na przetwarzanie danych osobowych w określonym celu i zakresie – w tym celu zostaną Państwo poproszeni o wyrażenie zgody. W sytuacji dobrowolności podania danych zostaną Państwo o tym fakcie poinformowani.
3. **Państwa dane osobowe** będą przechowywane – zgodnie z ustawą o rehabilitacji - przez okres 50 lat.
4. **Podanie danych osobowych** wymogiem ustawowym. Osoba, której dane dotyczą jest zobowiązana do ich podania. Inne dane osobowe podane przez Państwa (tzn.: nie na podstawie obowiązującego przepisu prawa), są podawane dobrowolnie, jednakże brak ich podania skutkować może m.in. ograniczeniem form komunikacji.

### III.

#### [Odbiorcy danych użytkowników, przekazywanie danych osobowych do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowych]

1. **Państwa dane osobowe mogą** być udostępniane innym organom i podmiotom na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
2. **Dane osobowe mogą** być również ujawniane innym podmiotom przetwarzającym na zlecenie i w imieniu ADO – na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych w celu świadczenia określonych usług na rzecz ADO np.: usług teleinformatycznych, usług prawnych/doradczych.
3. **ADO nie ma zamiaru** przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej, chyba że takie zobowiązanie będzie wynikać z przepisów prawa.

### IV.

#### [Prawa osób, których dane osobowe dotyczą]

1. **Każda osoba**, której dane dotyczą, ma prawo:

- 1) **dostępu** – uzyskania od ADO potwierdzenia, czy przetwarzane są jej dane osobowe. Jeżeli dane o osobie są przetwarzane, jest ona uprawniona do uzyskania dostępu do nich oraz uzyskania następujących informacji: **a) o celach** przetwarzania, **b) kategoriach danych** osobowych, **c) odbiorcach** lub kategoriach odbiorców, którym dane zostały lub zostaną ujawnione, **d) o okresie** przechowywania danych lub o kryteriach ich ustalania, **e) o prawie** do żądania sprostowania, **f) usuwania** lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych, **g) wniesienia sprzeciwu** wobec przetwarzania.
- 2) **do otrzymania** kopii danych – uzyskania kopii danych podlegających przetwarzaniu; przy czym pierwsza kopia jest bezpłatna, a za kolejne ADO może nałożyć opłatę w rozsądnej wysokości, wynikającą z kosztów administracyjnych;
- 3) **do sprostowania** – żądania sprostowania dotyczących jej danych osobowych, które są nieprawidłowe, lub uzupełnienia niekompletnych danych;
- 4) **do usunięcia** danych – żądania usunięcia jej danych osobowych, jeżeli ADO nie ma już podstawy prawnej do ich przetwarzania lub dane nie są już niezbędne do celów przetwarzania;
- 5) **do ograniczenia** przetwarzania – żądania ograniczenia przetwarzania, gdy: **a) osoba, której dane dotyczą**, kwestionuje prawidłowość danych osobowych – na okres pozwalający ADO sprawdzić prawidłowość tych danych, **b) przetwarzanie jest** niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą, sprzeciwia się ich usunięciu, żądając ograniczenia ich wykorzystywania, **c) ADO nie potrzebuje już** tych danych, ale są one potrzebne osobie, której dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń, **d) osoba, której dane dotyczą**, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania – do czasu stwierdzenia, czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie ADO są nadrzędne wobec podstaw sprzeciwu osoby, której dane dotyczą;
- 6) **do przenoszenia** danych – otrzymania w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego danych osobowych jej dotyczących, które dostarczyła ADO, oraz żądania przesłania tych danych innemu ADO, jeżeli dane są przetwarzane na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, lub umowy z nią związane oraz jeżeli dane są przetwarzane w sposób zautomatyzowany;
- 7) **do sprzeciwu** – wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania jej danych osobowych w prawnie uzasadnionych celach ADO, z przyczyn związanych z jej szczególną sytuacją, w tym wobec profilowania. Wówczas ADO dokonuje oceny istnienia ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osób, których dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń. Jeżeli zgodnie z oceną interesy osoby, której dane dotyczą, będą ważniejsze od interesów ADO, ADO będzie zobowiązany zaprzestać przetwarzania danych w tych celach;
- 8) **cofnięcia zgody** – w każdym momencie i bez podawania przyczyny, lecz przetwarzanie danych osobowych dokonane przed cofnięciem zgody nadal pozostanie zgodne z prawem. Cofnięcie zgody spowoduje zaprzestanie przetwarzania przez administratora danych osobowych w celu, w którym zgoda ta została wyrażona – prawo to przysługuje wyłącznie w przypadku, gdy przetwarzanie danych odbywa się na podstawie Państwa zgody;
- 9) **wniesienia skargi** do organu nadzorczego, którym w Polsce jest: Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

2. **Aby skorzystać** z wyżej wymienionych praw, osoba, której dane dotyczą, powinna skontaktować się (wykorzystując podane dane kontaktowe) z ADO i poinformować go, z którego prawa i w jakim zakresie chce skorzystać. ADO poinformuje również czy w danym przypadku istnieje możliwość skorzystania przez osobę, której dane dotyczą z jednego z powyższych praw.

### V.

#### [Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, profilowanie]

Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

### VI.

#### [Inspektor ochrony danych]

ADO wyznaczył Inspektora ochrony danych (dalej: IOD). Kontakt z IOD jest możliwy e-mailowo pod adresem poczty elektronicznej: inspektor\_pzon@powiat.bedzin.pl albo poprzez adres korespondencyjny niniejszego organu z dopiskiem: Inspektor ochrony danych. Z IOD można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących danych osobowych przetwarzanych przez ADO.

### VII.

#### [Co oznacza skrót RODO]

Odnosi się on do 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).