Adnotacje urzędowe: *(pieczęć organu z datą wpływu podania)*	Znak sprawy: PZON.8421.1……..……..…….……..…... Poprzedni znak sprawy: PZON……..……..……..……...…. ☐ sprawdzono z dokumentem potwierdzającym tożsamość ☐ sprawdzono w bazie ogólnopolskiej systemu EKSMOoN ☐ wprowadzono do bazy systemu EKSMOoN

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI[1]

Wnoszę o *(proszę wstawić wyłącznie JEDEN znak: „x" w odpowiednie miejsce):*

WYDANIE ORZECZENIA PO RAZ PIERWSZY *(dotyczy osób nieubiegających się dotychczas o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności)*	
PONOWNE WYDANIE ORZECZENIA - W ZWIĄZKU Z ZAISTNIAŁĄ ZMIANĄ STANU ZDROWIA *(dotyczy osób posiadających ważne [ostateczne i prawomocne] orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, która ubiega się o jego zmianę [w trakcie ważności poprzedniego orzeczenia])*	
PONOWNE WYDANIE ORZECZENIA - W ZWIĄZKU Z UPŁYWEM WAŻNOŚCI POPRZEDNIEGO ORZECZENIA *(dotyczy osób, u których ważność poprzedniego orzeczenia upłynęła lub upłynie w ciągu najbliższych 30 dni)*[2]	
PONOWNE WYDANIE ORZECZENIA - SKŁADAŁEM/AM UPRZEDNIO WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI - BRAK STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI *(dotyczy osób ubiegających się o wydanie orzeczenia, które otrzymały decyzję o niezaliczeniu do osób niepełnosprawnych)*	

DANE OSOBOWE OSOBY ZAINTERESOWANEJ

Imię *(imiona)* i nazwisko: .....

Data urodzenia: ……. Miejsce urodzenia: .....Obywatelstwo[3]:...……..……..

Adres miejsca zameldowania *(na pobyt stały)*[4]**:** …./…./-…./…./…./……...……...…….……...……...
(kod pocztowy; miejscowość; ulica/plac/aleja; nr budynku; nr lokalu)

Adres miejsca pobytu[5]: …./…./-…./…./…./……..……...……..……
(kod pocztowy; miejscowość; ulica/plac/aleja; nr budynku; nr lokalu)

Adres do korespondencji[6]**:** …./…./-…./…./…./……..……...……..……
(kod pocztowy; miejscowość; ulica/plac/aleja; nr budynku; nr lokalu)

Nazwa, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość[7]:….....……..……...……...……..

Numer ewidencyjny PESEL: …./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./

Posiadany numer telefonu lub adres poczty elektronicznej *(e-mail)*: …….....

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO *(należy wypełnić wyłącznie w przypadku, gdy osoba zainteresowana nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych [są to osoby niepełnoletnie lub ubezwłasnowolnione])*

Imię *(imiona)* i nazwisko: .....

Data urodzenia: ……. Miejsce urodzenia: .....Obywatelstwo[3]:...……..……..

Adres miejsca zameldowania *(na pobyt stały)*[4]**:** …./…./-…./…./…./……...……...…….……...……...
(kod pocztowy; miejscowość; ulica/plac/aleja; nr budynku; nr lokalu)

Adres miejsca pobytu[5]: …./…./-…./…./…./……..……...……..……
(kod pocztowy; miejscowość; ulica/plac/aleja; nr budynku; nr lokalu)

Adres do korespondencji[6]**:** …./…./-…./…./…./……..……...……..……
(kod pocztowy; miejscowość; ulica/plac/aleja; nr budynku; nr lokalu)

Nazwa, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość[7]:….....……..……...……...……..

Numer ewidencyjny PESEL: …./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./

Posiadany numer telefonu lub adres poczty elektronicznej *(e-mail)*: …….....

---

[1] Dotyczy osób zainteresowanych powyżej 16-go roku życia;
[2] Wniosek należy złożyć nie wcześniej niż na 30 dni przed upływem ważności posiadanego ostatecznego i prawomocnego orzeczenia;
[3] Konieczność podania obywatelstwa dotyczy wyłącznie cudzoziemców nieposiadających numeru PESEL;
[4] Pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania;

[5] **Adres miejsca pobytu należy podać wyłącznie w przypadku osób** ***(właściwą rubrykę zaznaczyć stawiając w polu: ☐ wyłącznie jeden 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.

[6] W przypadku zbieżności adresu korespondencyjnego z adresem miejsca stałego pobytu/pobytu należy wpisać skrót: ***„jw." (UWAGA - gdy osoba zainteresowana działa poprzez przedstawiciela ustawowego – korespondencję doręcza się temu przedstawicielowi [na wskazany przez tą osobę adres do korespondencji])*****;**
[7] Dokumentami potwierdzającymi tożsamość są wyłącznie: dowód osobisty lub paszport.

DO POWIATOWEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W BĘDZINIE *(dalej: PZON Będzin)*

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

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 - ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym (tekst jedn. Dz. U. z 2020 r. poz. 110 z późn. zm.)** *(karta parkingowa)*
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** *(dotyczy: „dodatku mieszkaniowego / energetycznego”)*
12.		**Uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze**
13.		**Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów**
14.		**Innych** *(wymienić jakich):*

CEL PODSTAWOWY ZŁOŻENIA WNIOSKU *(wyłącznie jeden z wyżej wymienionych [od 1 do 14]): ……..……*

DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ OSOBY ZAINTERESOWANEJ

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

kawaler / panna	
żonaty / zamężna	
wdowiec / wdowa	
rozwiedziony / rozwiedziona	
separowany / separowana	

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania (*proszę wstawić tylko jeden znak „✖” w odpowiednie miejsce w każdym z trzech 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 (*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 na 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 PZON Będzin wzywa do jej uzupełnienia - z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym przez organ terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
4. **Zobowiązuje się powiadomić** - PZON Będzin o każdej zmianie mojego adresu do momentu zakończenia postępowania - zgodnie z art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jedn. Dz. U. z 2020 r. poz. 256 z późn. zm.; zwanej dalej: k.p.a.). W razie zaniedbania tego obowiązku – **jestem świadomy/a** iż doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.
5. **Oświadczam**, iż dane zawarte we wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności są zgodne z prawdą.

.....
podpis osoby zainteresowanej[8]
i/lub przedstawiciela ustawowego[9]

W MOMENCIE SKŁADANIA 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** *(jest to np.: historia choroby / karty informacyjne leczenia szpitalnego / wyniki badań specjalistycznych)* w formie: wyciągów, odpisów, kopii *(kserokopii / skanów)* lub wydruków. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. W przypadku posiadania nieuwierzytelnionych kopii (*kserokopii)* dokumentacji medycznej – istnieje możliwość ich poświadczenia w PZON Będzin na potrzeby postępowania o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności; przy czym w takiej sytuacji należy przedstawić *(do wglądu*) oryginały tych dokumentów oraz ich kopie *(kserokopie)* – wykonane we własnym zakresie. 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; opinie psychologiczne).*

---

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 LUB *(W PRZYPADKU PRZEKSZTAŁCENIA OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ)* PRZEZ CENTRUM USŁUG SPOŁECZNYCH** – należy załączyć pisemną zgodę osoby zainteresowanej *(lub przedstawiciela ustawowego)*, której wniosek dotyczy;
6. **W PRZYPADKU REPREZENTOWANIA STRONY PRZEZ PEŁNOMOCNIKA** – należy dołączyć do 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])	
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**

Numer telefonu PZON Będzin

(32) 368-08-04

---

[8] 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;

[9] W przypadku osób zainteresowanych niepełnoletnich – 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 (42-500 Będzin), ul. Ignacego Krasickiego 17.
2. **Użytkownicy mogą** się kontaktować z ADO:
   1) korespondencyjnie: na wskazany powyżej adres organu;
   2) poprzez elektroniczną skrzynką podawczą dostępną na stronie internetowej: https://epuap.gov.pl
   3) telefonicznie: (32) 368-08-04.

II.

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

1. **Państwa dane osobowe** przetwarzane są w związku z prowadzeniem postępowania o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w oparciu o przepisy prawa powszechnie obowiązującego, w szczególności na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2020 r. poz. 426 z późn. zm.; zwanej dalej: ustawą o rehabilitacji).
2. **Mogą również wystąpić** przypadki, w których ADO przetwarza dane osobowe na podstawie Państwa zgody. W tej sytuacji ADO zwróci się do Państwa o wyrażenie zgody - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO – na przetwarzanie danych osobowych w określonym celu i zakresie.
3. **Państwa dane osobowe** będą przechowywane przez okres 50 lat - co wynika z art. 2b ust. 8 ustawy o rehabilitacji.
4. **Podanie danych osobowych** jest wymogiem ustawowym w sytuacji, gdy przesłanką przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa powszechnie obowiązującego. W tym przypadku osoba, której dane dotyczą jest zobowiązana do ich podania. Inne dane osobowe podane przez Państwa (*tzn.: na podstawie Państwa zgody lub – w przypadku szczególnych kategorii danych osobowych - wyraźnej zgody*), są podawane dobrowolnie, jednakże brak ich podania skutkować może np.: ograniczeniem form komunikacji lub niemożnością podjęcia przez ADO określonych działań. ADO każdorazowo informuje, o dobrowolności podania danych *(poprzez zamieszczenie stosownej adnotacji o dobrowolności podania wskazanych danych)*.

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. W zakresie przewidzianym przepisami prawa - 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 (poprawiania) – 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. Prawo do usunięcia przetwarzania przysługuje jedynie w sytuacji, jeżeli ich przetwarzanie nie jest niezbędne do wywiązania się przez ADO z obowiązku prawnego i nie występują inne nadrzędne prawne podstawy 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 dotyczącą, 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. Prawo do ograniczenia przetwarzania przysługuje jedynie w sytuacji, gdy ich przetwarzanie nie jest niezbędne do wywiązania się przez ADO z obowiązku prawnego i nie występują inne nadrzędne prawne podstawy przetwarzania**;**

6) do przenoszenia danych – otrzymania w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego danych osobowych jej dotyczącą, 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 związanej 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, 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 udzielonej przez Państwa zgody;

9) wniesienia skargi do organu nadzorczego - którym 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 ADO 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).