|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ......................................................................  |   | ................................, dnia ................................  |
|  *(imię i nazwisko)*  ...................................................................... *(adres zamieszkania)*  ...................................................................... *(data i miejsce urodzenia, pesel)* ...................................................................... *(telefon)*    |  |  *miejscowość*  |  | *data*  |

**Dyrektor**

**Szkoły ZDZ w Olsztynie**

**Wniosek o wydanie duplikatu świadectwa**

Zwracam się z prośbą o wydanie duplikatu świadectwa ukończenia

............................................................................................................................................

*(nazwa szkoły/adres szkoły)*

............................................................................................................................................

*(podać klasę / profil / nazwisko wychowawcy)*

którą ukończyłem/am\* w roku ...........................................

............................................................................................................................................

*(imię i nazwisko osoby, na którą wystawiono oryginał świadectwa)*

Oświadczam, że oryginał świadectwa ...............................................................................

............................................................................................................................................

*(proszę wskazać co się stało z oryginałem świadectwa)*

..................................................................................................

*(podpis osoby składającej wniosek)*

Załączniki:

1. Potwierdzenie wniesienia opłaty skarbowej
2. Klauzula informacyjna dot. przetwarzania danych osobowych.

\*niepotrzebne skreślić

**Klauzula obowiązku informacyjnego w związku**

**z procesem przetwarzania danych osobowych / wydania duplikatów dokumentów**

Realizując obowiązek wynikający 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 (Dz. U. UE. L. 2016. 119. 1) – zw. dalej RODO, informujemy, że:

**1) Administrator Danych Osobowych oraz Inspektor Ochrony Danych**

Administratorem moich danych osobowych jest Warmińsko-Mazurski Zakład Doskonalenia Zawodowego w Olsztynie z siedzibą przy ul. Mickiewicza 5,10-548 Olsztyn; Inspektor Ochrony Danych: Aleksandra Kielas-Król,iod@wmzdz.pl

**2) Cele i podstawy prawne przetwarzania danych**

* Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu: wydania duplikatu świadectwa, dyplomu lub innego druku szkolnego na podstawie: rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 5 września 2019 r. w sprawie świadectw, dyplomów państwowych
i innych druków szkolnych.
* Pani/Pana dane osobowe zawarte we wniosku o wydanie duplikatu nie będą udostępniane podmiotom innym niż upoważnione na podstawie obowiązującego prawa.
* Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres zgodny z przepisami obowiązującego prawa.
* Posiada Pani/Pan prawo do: żądania dostępu do podanych danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.
* Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
* Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem wydania duplikatu,
a ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości wydania duplikatu.
* Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób automatyczny.
* Dodatkowo informujemy, że Pani/Pana dane mogą być przetwarzane na podstawie art. 108a ustawy Prawo oświatowe w ramach założonego w Placówce monitoringu wizyjnego służącego wyłącznie zagwarantowaniu bezpieczeństwa nauczycielom oraz uczniom.

*Oświadczam, że zapoznałem / zapoznałam się z klauzulą obowiązku informacyjnego w związku
z procesem przetwarzania danych osobowych / wydania duplikatów dokumentów.*

................................., dnia .......................... …………………...........................................

 *(miejscowość) (data) (czytelny podpis)*