*Załącznik nr 1 do Regulaminu OPS*

**ZGŁOSZENIE DELEGATA DO**

**OBYWATELSKIEGO PARLAMENTU SENIORÓW**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.**Podmiot delegujący  /właściwe zaznaczyć/ | * + Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów   + Uniwersytet Trzeciego Wieku   + Gminna/miejska rada seniorów   + Inna organizacja senioralna/instytucja rekomendująca osobę zaufania publicznego x/ xx/ | | | | | |
| 2.Pełna nazwa podmiotu delegującego |  | | | | | |
| 3.Zasięg terytorialny działania ngo xx/ |  | | | | | |
| 4.Liczba zarejestrowanych członków/ podopiecznych xx/ |  | | | | | |
| 5.Data podjęcia działalności / rejestracji xx/ |  | | | | | |
| Adres korespondencyjny podmiotu delegującego | Ulica, nr | |  | E-mail |  | |
| Miejscowość  Kod pocz, | |  | Tel.  fax |  | |
| Imię i nazwisko delegata |  | | | | | |
| Funkcja/stanowisko  w podmiocie delegującym |  | | | | | |
| Rok urodzenia delegata |  | | | | | |
| Adres korespondencyjny delegata | Ulica | |  | E-mail | |  |
| Miejscow. kod poczt | |  | Tel.fax | |  |
| **Oświadczenie** | * *Oświadczam, iż podane dane dotyczące organizacji delegującej kandydata do OPS są zgodne ze statutem i dokumentami rejestracyjnymi.* * *W przypadku zaistnienia wątpliwości w zakresie spełnienia kryterium dostarczymy Statut lub inne dokumenty potwierdzające spełnienie kryterium organizacji senioralnej* | | | | | |
| Osoba zgłaszająca delegata | Imię i nazwisko |  | | | | |
| stanowiskopodpis |  | | | | |

*x)* *niniejsze zgłoszenie ma zastosowanie także do instytucji rekomendującej osoby zaufania publicznego*

*xx) w przypadku osób zaufania publicznego nie wypełnia się wierszy 3,4,5,*

***Oświadczenie uczestnika IV Sesji plenarnej i innych wydarzeń***

***Obywatelskiego Parlamentu Seniorów dotyczące* *danych osobowych***

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Fundację Obywatelski Parlament Seniorów moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu w celach niezbędnych do organizacji sesji plenarnych i spotkań dotyczących realizacji działań polityki senioralnej

Oświadczam, że zostałem (-am) poinformowany (-a), o tym, że:

1. administratorem danych osobowych jest Fundacja OPS a z Inspektorem Ochrony Danych mogę się skontaktować poprzez e-mail: biuro@parlamentseniorow.pl,
2. podstawą prawną przetwarzania moich danych będzie udzielona zgoda,
3. moje dane będą przetwarzane w celach na które udzieliłem/łam powyżej zgody,
4. moje dane nie będą przekazane do państw trzecich,
5. okres przetwarzania moich danych osobowych będzie wynosił 5 lat,
6. dane osobowe są przetwarzane w celach niezbędnych do organizacji spotkań dotyczących realizacji działań polityki senioralnej,
7. podanie danych jest dobrowolne, jednak niezbędne do przeprowadzenia i zorganizowania w/w spotkań,
8. mam prawo do:
   1. żądania dostępu do swoich danych osobowych,
   2. sprostowania danych,
   3. żądania uzupełnienia niekompletnych danych osobowych, w tym poprzez przedstawienie dodatkowego oświadczenia,
   4. usunięcia danych lub ograniczenia ich przetwarzania,
   5. wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania moich danych osobowych,
   6. przeniesienia moich danych osobowych,
   7. nie podlegania decyzji, która opiera się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu i wywołuje wobec mnie skutki prawne lub w podobny sposób wywiera istotny wpływ,
   8. cofnięcia wyrażonej zgody w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania moich danych, którego dokonano na podstawie udzielonej zgody przed jej cofnięciem.
   9. W przypadku wątpliwości co do prawidłowości przetwarzania moich danych osobowych przez OPS, mam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego,

Podanie danych jest warunkiem uczestnictwa w sesji planarnej i innych wydarzeniach.

*Podpis Delegata OPS*