*Załącznik nr 1 do Regulaminu OPS z dnia ……………………………………..*

**ZGŁOSZENIE DELEGATA DO**

**OBYWATELSKIEGO PARLAMENTU SENIORÓW**

|  |  |
| --- | --- |
| 1.Podmiot delegujący/właściwe zaznaczyć/ | * + Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów, lub inny związek emerytów
	+ Uniwersytet Trzeciego Wieku
	+ Rada Seniorów
	+ Organizacja pacjentów/Inna organizacja senioralna
 |
| 2.Pełna nazwa podmiotu delegującego |  |
| 3.Zasięg terytorialny działania NGO  |  |
| 4.Liczba zarejestrowanych członków  |  |
| 5.Data podjęcia działalności/rejestracji  |  |
| Adres korespondencyjny podmiotu delegującego | Ulica, nr |  | E-mail |  |
| MiejscowośćKod pocztowy  |  | Tel. |  |
| Imię i nazwisko delegata |  |
| Funkcja/stanowisko w organizacji delegującej |  |
| Rok urodzenia delegata/PESEL |  |
| Adres korespondencyjny delegata | Ulica |  | E-mail |  |
| Miejscowość kod pocztowy |  | Tel. |  |
| **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 org. senioralnej*
* *Wyrażam wolę przystąpienia do Stowarzyszenia OPS oraz wspierania jego celów statutowych*
 |
| Osoba zgłaszająca delegata  | Imię i nazwisko |  |
| Stanowisko/podpis  |  |

*Załącznik nr 2 do Regulaminu OPS z dnia …………………………………….*

***Oświadczenie uczestnika Sesji Plenarnej i innych wydarzeń***

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez 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 Obywatelski Parlament seniorów 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 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. niepodlegania 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.

*………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..*

*Data Czytelny podpis delegata OPS*

*Załącznik nr 3 do Regulaminu OPS z dnia……………………………*

**Tekst ślubowania Delegata do Obywatelskiego Parlamentu Seniorów**

**" *Jako delegat powołany w skład Obywatelskiego Parlamentu Seniorów***

***Ślubuję uroczyście***

***rzetelnie i sumiennie reprezentować interesy osób starszych w Polsce, dbać o godne warunki życia oraz rozwój aktywności obywatelskiej seniorów,***

***przestrzegać Regulaminu Obywatelskiego Parlamentu Seniorów oraz aktywnie uczestniczyć we wszystkich formach jego funkcjonowania”.***

…………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………..

*Data czytelny podpis Delegata OPS*