

**ZGŁOSZENIE DELEGATA DO  
OBYWATELSKIEGO PARLAMENTU SENIORÓW**

Podmiot delegujący /właściwe zaznaczyć/	<input type="checkbox"/> Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów, lub inny związek emerytów <input type="checkbox"/> Uniwersytet Trzeciego Wieku <input type="checkbox"/> Rada Seniorów <input type="checkbox"/> Organizacja pacjentów/Inna organizacja senioralna			
Pełna nazwa podmiotu delegującego				
Zasięg terytorialny działania podmiotu delegującego				
Liczba zarejestrowanych członków				
Data podjęcia działalności/rejestracji				
Adres korespondencyjny podmiotu delegującego	Ulica, nr		E-mail	
	Miejscowość Kod 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.	
<b>Oświadczenie</b>	<input type="checkbox"/> <i>Oświadczam, iż podane dane dotyczące organizacji delegującej kandydata do OPS są zgodne ze statutem i dokumentami rejestracyjnymi.</i> <input type="checkbox"/> <i>W przypadku zaistnienia wątpliwości w zakresie spełnienia kryterium dostarczymy Statut lub inne dokumenty potwierdzające spełnienie kryterium org. senioralnej</i> <input type="checkbox"/> TAK NIE <i>Wyrażenie woli kandydata na przystąpienie do Stowarzyszenia Obywatelski Parlament Seniorów oraz wspieranie jego celów statutowych (niepotrzebne skreślić)</i>			
Osoba zgłaszająca delegata	Imię i nazwisko			
	Stanowisko/ podpis			

## **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](mailto:biuro@parlamentseniorow.pl)
1. podstawą prawną przetwarzania moich danych będzie udzielona zgoda,
2. moje dane będą przetwarzane w celach, na które udzieliłem/łam powyżej zgody,
3. moje dane nie będą przekazane do państw trzecich,
4. okres przetwarzania moich danych osobowych będzie wynosił 5 lat,
5. dane osobowe są przetwarzane w celach niezbędnych do organizacji spotkań dotyczących realizacji działań polityki senioralnej,
6. podanie danych jest dobrowolne, jednak niezbędne do przeprowadzenia w/w spotkań,
7. mam prawo do:
  - a) żądania dostępu do swoich danych osobowych,
  - b) sprostowania danych,
  - c) żądania uzupełnienia niekompletnych danych osobowych, w tym poprzez przedstawienie dodatkowego oświadczenia,
  - d) usunięcia danych lub ograniczenia ich przetwarzania,
  - e) wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania moich danych osobowych,
  - f) przeniesienia moich danych osobowych,
  - g) niepodlegania decyzji, która opiera się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu i wywołuje wobec mnie skutki prawne lub w podobny sposób wywiera istotny wpływ,
  - h) 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.
  - i) 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 28 października 2024 r.

## 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