

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DZIECKA

DANE DZIECKA:

IMIĘ I NAZWISKO

ADRES ZAMIESZKANIA

OSOBY UPOWAŻNIONE

Lp.	Imię i nazwisko osoby upoważnionej	Numer telefonu	Zgoda na przetwarzanie danych osobowych/ podpis*
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

* Oświadczam, że wyrażam zgodę na udostępnianie oraz przetwarzanie danych osobowych (imię i nazwisko oraz nr telefonu) zawartych w upoważnieniu dla Zespołu Żłobków Samorządowych nr 2 w Wałbrzychu dla zapewnienia kontaktu przez Dyrektora, intendenta oraz opiekunów grup, w zakresie niezbędnym do sprawnego funkcjonowania jednostki **na podstawie 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) .**

Jednocześnie wyrażam zgodę na wylegitymowanie mnie w celu potwierdzenia danych osobowych.

Przed planowanym odbiorem dziecka przez osobę upoważnioną, prosimy o poinformowanie o tym personelu żłobka osobiście lub telefonicznie.

.....
data i podpis rodziców / opiekunów prawnych

.....
data i podpis personelu