

.....
Nazwisko i imię matki/prawnego opiekuna/pieczą zastępczą

.....
Nazwisko i imię ojca/prawnego opiekuna/pieczą zastępczą

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DZIECKA

.....
Nazwisko i imię dziecka

ze Specjalnego Ośrodka Szkolno – Wychowawczego dla Dzieci Niewidomych w Owińskach upoważniamy:

1)
Imię i nazwisko
seria i nr dowodu osobistego

Bierzemy pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo dziecka od momentu jego odbioru z placówki przez osobę powyżej upoważnioną.

....., dnia

.....
podpis matki/prawnego opiekuna

.....
podpis ojca/prawnego opiekuna

W przypadku, gdy oboje rodziców (opiekunów) posiadają pełnię władzy rodzicielskiej prosimy o złożenie podpisów przez oboje rodziców.

OŚWIADCZENIE OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO ODBIORU DZIECKA

WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE MOICH DANYCH OSOBOWYCH PRZEZ ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH – Dyrektora SOSW dla Dzieci Niewidomych w Owińskach W CELU IDENTYFIKACJI MOJEJ OSOBY W ZWIĄZKU Z ODBIOREM DZIECKA

.....
(imię i nazwisko)

JEDNOCZEŚNIE ZOSTAŁEM/AM POINFORMOWANY, ŻE PRZYSŁUGUJE MI PRAWO DO AKTUALIZOWANIA, COFNIECIA ZGODY, POPRAWIANIA, PRZENIESIENIA USUNIĘCIA MOICH DANYCH ORAZ PRAWO DO BYCIA ZAPOMNIANYM CZYLI TRWAŁEGO USUNIĘCIA MOICH DANYCH. DANE PODANE SĄ PRZEZE MNIE DOBROWOLNIE I SĄ NIEZBĘDNE DO WYDANIA DZIECKA Z W/W PLACÓWKI .

.....
(data / czytelny podpis)