Załącznik nr 1

**Oświadczenie**

**w sprawie wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych**

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) 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 (dalej: „RODO") wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (imię, nazwisko, nazwa płatnika składek, adres mailowy,   
nr telefonu) przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Podane przeze mnie dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu przeprowadzenia szkolenia pt.: Zasady przyznawania i dokumentowania prawa do świadczeń w razie choroby i macierzyństwa.

Jest mi wiadomym, że:

* posiadam prawo do wycofania w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie moich danych osobowych,
* wycofanie przeze mnie zgody nie ma wpływu na to, czy przetwarzanie, które zostało przeprowadzone na podstawie mojej zgody, zanim ją wycofałem/am, było zgodne   
  z prawem.

Zapoznałam/em się z informacjami dotyczącymi przetwarzania moich danych osobowych zgodnie z art. 13 RODO, zamieszczonymi w załączniku nr 2 na stronie internetowej ogłoszenia o szkoleniu: Zasady przyznawania i dokumentowania prawa do świadczeń w razie choroby i macierzyństwa.

miejscowość, data czytelny podpis