OŚWIADCZENIE OPIEKUNA WOLONTARIUSZA/Y

**Nazwisko i imię opiekuna** ……..…………………………………………………….…………………………………………………………...

**Adres e-mail opiekuna** ……….………………………………………………………………………………………………………….…………

**Numer telefonu opiekuna** …………………………………………………….………………………..……………….…………..…………..

**Zobowiązuję się do opieki nad wolontariuszem/-ami** *(proszę wpisać imię i nazwisko oraz numer telefonu wolontariusza)*

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

**Wydział, kierunek i rok studiów** *(dotyczy studenta)* ***.………………….……………………………………………………………..***

**Jednostka organizacyjna** *(dotyczy pracownika)****…………………………………………………………………………………………***

**Nazwa szkoły i klasa** (*dotyczy ucznia*) ……………………………………………………………………………………………………………

**uczestniczącym/i w przedsięwzięciu/projekcie** *(pełna nazwa)*

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**na zasadach określonych w Regulaminie organizacji i funkcjonowania Centrum Wolontariatu Politechniki Koszalińskiej działającego przy Biurze Wsparcia Osób z Niepełnosprawnością, stanowiącym załącznik do Zarządzenia Rektora PK Nr .../2025 z dnia ..... kwietnia 2025 roku.**

**Zobowiązuję się poinformować wolontariusza/y o zasadach bezpiecznego i higienicznego wykonywania świadczeń oraz o przysługujących im prawach i obowiązkach.**

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

(data i podpis opiekuna)

**Zgłaszam chęć udziału w wolontariacie uczelnianym Politechniki Koszalińskiej, najchętniej w obszarze:**

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

*Wyrażam/nie wyrażam zgody\* na otrzymywanie drogą poczty elektronicznej propozycji udziału w innych świadczeniach wolontariackich.*

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

(data i podpis opiekuna)

**KLAUZULA INFORMACYJNA RODO**

Zgodnie z treścią art. 14 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), zwanego dalej RODO, informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Politechnika Koszalińska z siedzibą w Koszalinie,   
   ul. Śniadeckich 2, 75-453 Koszalin;
2. podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne na potrzeby organizacji i realizacji działań   
   w ramach wolontariatu w Centrum Wolontariatu Politechniki Koszalińskiej działającego przy Biurze Wsparcia Osób z Niepełnosprawnością;
3. podane dane przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) rozporządzenia Rady   
   UE 2016/679 z 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 (Dz. U. L 119/1 z 04 maja 2016 r.);
4. zakres przetwarzanych danych określony jest na podstawie Regulaminu organizacji   
   i funkcjonowania Centrum Wolontariatu Politechniki Koszalińskiej działającego przy Biurze Wsparcia Osób z Niepełnosprawnością;
5. Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu określonego w punkcie 2, a następnie archiwizowane zgodnie z obowiązującym prawem;
6. posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, a w przypadku kandydata prawo do usunięcia i prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
7. Pana/Pani dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania;
8. Pana/Pani dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa;
9. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;
10. w Politechnice Koszalińskiej wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się za pomocą poczty tradycyjnej pisząc na adres wskazany w pkt. 1 albo   
    e-mailowo: iod@tu.koszalin.pl;
11. ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,   
    gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych Pana/Pani dotyczących narusza przepisy rozporządzenia Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r.

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Zapoznałem/łam się z klauzulą informacyjną RODO i wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Politechnikę Koszalińską z siedzibą w Koszalinie, ul. Śniadeckich 2, 75-453 Koszalin, moich danych osobowych w celu realizacji i dokumentowania przebiegu wolontariatu w Centrum Wolontariatu Politechniki Koszalińskiej działającego przy Biurze Wsparcia Osób z Niepełnosprawnością.

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

(data i podpis opiekuna)