

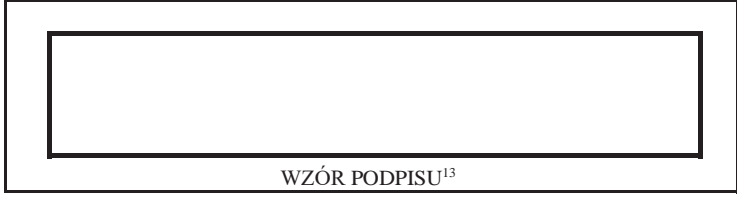
WYPEŁNIA ORGAN
Numer wniosku:
Data wpływu wniosku:

## Wniosek o wydanie karty parkingowej

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA		
1. Nazwa organu <sup>1</sup>		
<b>I. CZĘŚĆ A<sup>2</sup></b>		
<b>DANE WNIOSKODAWCY</b>		
2. Imię	3. Nazwisko	
4. Numer PESEL <sup>3</sup>	5. Numer i data wydania orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność	
<b>ADRES DO KORESPONDENCJI</b>		
6. Miejscowość	7. Kod pocztowy	8. Poczta <sup>4</sup>
9. Ulica	10. Nr domu/Nr lokalu	
<b>DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK<sup>5</sup></b>		
11. Imię	12. Nazwisko	
13. Numer PESEL <sup>3</sup>		
<b>ADRES DO KORESPONDENCJI</b>		
14. Miejscowość	15. Kod pocztowy	16. Poczta <sup>4</sup>
17. Ulica	18. Nr domu/Nr lokalu	
<b>DOKUMENTY DOŁĄCZONE DO WNIOSKU<sup>6</sup></b>		
19. Fotografia o wymiarach 35 mm × 45 mm	20. Dowód uiszczenia opłaty za wydanie karty parkingowej i opłaty ewidencyjnej <sup>7</sup>	
<b>OŚWIADCZENIA<sup>8</sup></b>		
21. Oświadczam, że:		
1) sprawuję władzę rodzicielską nad osobą niepełnosprawną, która jest uprawniona do uzyskania karty parkingowej		
2) sprawuję opiekę nad osobą niepełnosprawną, która jest uprawniona do uzyskania karty parkingowej		
3) sprawuję kuratelę nad osobą niepełnosprawną, która jest uprawniona do uzyskania karty parkingowej		
4) dane podane we wniosku są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym		
<b>UPOWAŻNIENIE<sup>9</sup></b>		
22. Upoważniam Pana/Panią <sup>10</sup> ..... posiadającego/posiadającą <sup>10</sup> numer PESEL ..... <sup>3</sup> do odbioru w moim imieniu karty parkingowej.		
		23.  ..... (data i podpis wnioskodawcy albo rodzica, opiekuna lub kuratora albo adnotacja o braku możliwości złożenia podpisu) <sup>11</sup>

<b>II. CZĘŚĆ B<sup>12</sup></b>		
<b>DANE PLACÓWKI ZAJMUJĄCEJ SIĘ OPIEKĄ, REHABILITACJĄ LUB EDUKACJĄ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH MAJĄCYCH ZNACZNIE OGRANICZONE MOŻLIWOŚCI SAMODZIELNEGO PORUSZANIA SIĘ</b>		
24. Nazwa		
25. Numer KRS	26. Numer REGON	
27. Numer rejestracyjny pojazdu placówki	28. Marka i model pojazdu placówki	
<b>ADRES SIEDZIBY</b>		
29. Miejscowość	30. Kod pocztowy	31. Poczta <sup>4</sup>
32. Ulica	33. Nr domu/Nr lokalu	
<b>DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK</b>		
34. Imię	35. Nazwisko	
36. Numer PESEL <sup>3</sup>		
<b>ADRES DO KORESPONDENCJI</b>		
37. Miejscowość	38. Kod pocztowy	39. Poczta <sup>4</sup>
40. Ulica	41. Nr domu/Nr lokalu	
<b>DOKUMENT DOŁĄCZONY DO WNIOSKU<sup>6</sup></b>		
42. Dowód uiszczenia opłaty za wydanie karty parkingowej i opłaty ewidencyjnej <sup>7</sup>		
<b>OŚWIADCZENIA<sup>6</sup></b>		
43. Oświadczam, że:		
1) posiadam upoważnienie do reprezentowania placówki uprawnionej do uzyskania karty parkingowej		
2) placówka prowadzi działalność w zakresie opieki, rehabilitacji lub edukacji osób niepełnosprawnych mających znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się i jest uprawniona do uzyskania karty parkingowej		
3) dane podane we wniosku są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym		
		44.  ..... (data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania placówki albo adnotacja o braku możliwości złożenia podpisu) <sup>11</sup>
<b>III. CZĘŚĆ C – ODBIÓR KARTY</b>		
<b>Potwierdzenie odbioru karty parkingowej</b>		
45. Kartę parkingową numer:		otrzymałem/otrzymałam <sup>10</sup>
46. Oświadczam, że <sup>6</sup> :		47.  ..... (data i podpis wnioskodawcy lub osoby przez niego upoważnionej albo rodzica, opiekuna lub kuratora, albo osoby upoważnionej do reprezentowania placówki albo adnotacja o braku możliwości złożenia podpisu)
1) posiadam upoważnienie do reprezentowania placówki uprawnionej do uzyskania karty parkingowej		
2) sprawuję władzę rodzicielską, opiekę lub kuratelę nad osobą niepełnosprawną uprawnioną do uzyskania karty parkingowej		

#### IV. CZĘŚĆ D – WZÓR PODPISU I ZDJĘCIE

48.  <p style="text-align: center;">WZÓR PODPISU<sup>13</sup></p>	49.  <i>miejsce na fotografię 35 mm × 45 mm</i>
--	---

<sup>1</sup> Przewodniczący powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności, do którego składa się wniosek.

<sup>2</sup> Część A wypełnia się w przypadku, gdy wniosek dotyczy osoby niepełnosprawnej.

<sup>3</sup> W przypadku nieposiadania numeru PESEL – seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

<sup>4</sup> Należy wypełnić, o ile nazwa poczty jest inna niż nazwa miejscowości.

<sup>5</sup> Wypełnia się w przypadku, gdy wniosek składany jest przez rodzica, opiekuna lub kuratora osoby niepełnosprawnej.

<sup>6</sup> Właściwe zaznaczyć, wstawiając znak „X”.

<sup>7</sup> Dowód uiszczenia opłaty ewidencyjnej dołączany jest do wniosku od dnia 4 stycznia 2016 r.

<sup>8</sup> Właściwe zaznaczyć, wstawiając znak „X”; oświadczenia wskazane w pkt 1–3 są składane w przypadku, gdy wniosek o wydanie karty parkingowej jest składany przez rodzica, opiekuna lub kuratora osoby niepełnosprawnej.

<sup>9</sup> Wypełnia się w przypadku odbioru karty parkingowej przez osobę upoważnioną.

<sup>10</sup> Niewłaściwe skreślić.

<sup>11</sup> Należy podpisać wniosek w obecności przewodniczącego zespołu albo osoby przez niego upoważnionej.

<sup>12</sup> Część B wypełnia się w przypadku, gdy wniosek dotyczy placówki.

<sup>13</sup> W przypadku gdy wniosek dotyczy osoby, która nie ukończyła 18. roku życia, osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie lub częściowo lub osoby, która nie ma możliwości złożenia podpisu, albo placówki – pole pozostawia się niewypełnione.

**KLAUZULA INFORMACYJNA**  
**DLA KLIENTÓW POWIATOWEGO ZESPOŁU DS. ORZĘKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W**  
**ŻYWCU**

Na podstawie art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 zwane dalej „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Żywcu:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Żywcu, ul. Ks. Prał. St. Słonki 24, 34-300 Żywiec.**
2. Podmiotem przetwarzającym w imieniu Administratora jest Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.
3. W sprawach związanych z Pani/a danymi można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, e-mail **iodo@marwikpoland.pl**
4. Zbierane dane osobowe są przetwarzane przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Żywcu na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, w celach realizacji zadania ustawowego wynikającego z ustawy z dnia 20 czerwca 1997r. Prawo o ruchu drogowym oraz rozporządzeń wykonawczych do tej ustawy, tj. w celu wydania karty parkingowej.
5. Dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze danych.
6. Dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom w celu prawidłowej realizacji zadań na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych lub instytucjom uprawnionym do przetwarzania danych osobowych na mocy przepisów prawa.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane w czasie określonym przepisami prawa oraz zgodnie z rzeczowym wykazem akt PCPR w Żywcu.
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony danych Osobowych (na adres Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa), gdy stwierdzone zostanie, że dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z przepisami prawa.
10. Przysługuje Pani/Panu prawo do:
  - a) dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępnianie dane osobowe nie mogą ujawniać danych osób trzecich,
  - b) sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO,
  - c) żądania usunięcia danych po upływie okresu, o którym mowa w pkt. 7.
11. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
12. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe, w przypadku braku podania danych osobowych realizacja zadania przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Żywcu w Żywcu będzie niemożliwa.

Oświadczam, że zapoznałem się oraz akceptuję powyższe informacje.

Data .....czytelny podpis klienta.....