

WYPEŁNIA ORGAN
Numer wniosku:
Data wpływu wniosku:

miejsce na fotografię o
wymiarach 35x45 mm w
formacie jak do dowodu
osobistego⁷

Wniosek o wydanie:
legitymacji dokumentującej niepełnosprawność/legitymacji dokumentującej stopień
niepełnosprawności/duplikatu legitymacji dokumentującej niepełnosprawność/ duplikatu
legitymacji dokumentującej stopień niepełnosprawności¹

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA WNIOSEK NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI		
1. Nazwa organu:		
DANE WNIOSKODAWCY²		
2. Imię	3. Nazwisko	
4. Numer PESEL	5. Kobieta /Mężczyzna ¹	
6. Data i miejsce urodzenia	7. Nazwa, numer i seria dokumentu tożsamości	
8. Numer prawomocnego orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność/stopień niepełnosprawności ³	9. Nazwa organu wydającego orzeczenie wskazane w pkt 8	
ADRES ZAMELDOWANIA		
10. Miejscowość	11. Kod pocztowy	12. Poczta
13. Ulica	14. Nr domu/Nr lokalu	15. Adres e-mail ⁴
16. Numer telefonu ⁴		
ADRES ZAMIESZKANIA - wypełnić w przypadku, kiedy jest inny niż adres zameldowania		
17. Miejscowość	18. Kod pocztowy	19. Poczta
20. Ulica	21. Nr domu/Nr lokalu	
ADRES DO KORESPONDENCJI		
22. Miejscowość	23. Kod pocztowy	24. Poczta
25. Ulica	26. Nr domu/Nr lokalu	
DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK⁵		
27. Imię	28. Nazwisko	
29. Numer PESEL	30. Kobieta /Mężczyzna ¹	
31. Data i miejsce urodzenia	32. Nazwa, numer i seria dokumentu tożsamości	

ADRES ZAMELDOWANIA			
33. Miejscowość		34. Kod pocztowy	35. Poczta
36. Ulica		37. Nr domu/lokalu	38. Adres e-mail ⁴
39. Numer telefonu ⁴			
ADRES ZAMIESZKANIA - wypełnić w przypadku, kiedy jest inny niż adres zameldowania			
40. Miejscowość		41. Kod pocztowy	42. Poczta
43. Ulica		44. Nr domu/Nr lokalu	
ADRES DO KORESPONDENCJI			
45. Miejscowość		46. Kod pocztowy	47. Poczta
48. Ulica		49. Nr domu/Nr lokalu	
DOKUMENTY DOŁĄCZONE DO WNIOSKU właściwe należy zaznaczyć "X"			
50. Fotografia o wymiarach 35 mm x 45 mm		51. Dowód uiszczenia opłaty za wydanie duplikatu legitymacji osoby niepełnosprawnej	
52. Powód ubiegania się o legitymację:			
1) pierwsza legitymacja			
2) kolejna legitymacja po upływie terminu ważności dotychczasowej			
3) kolejna legitymacja po upływie terminu ważności orzeczenia			
4) zagubienie/utrata			
5) uszkodzenie/zły stan techniczny			
6) zmiana numeru PESEL			
7) zmiana nazwiska			
8) wydanie kolejnej legitymacji w związku z uzyskaniem prawomocnego orzeczenia ze względu na zmianę stanu zdrowia			
9) zmiana wizerunku			
10) dopisanie stopnia niepełnosprawności			
11) dopisanie symbolu przyczyny niepełnosprawności			
53. Kopia orzeczenia stanowiącego podstawę do wydania legitymacji lub duplikatu legitymacji			
OŚWIADCZENIA właściwe należy zaznaczyć "X"			
54. Oświadczam, że:			
1) sprawuję władzę rodzicielską nad osobą niepełnosprawną, która jest uprawniona do uzyskania legitymacji osoby niepełnosprawnej			
2) sprawuję opiekę nad osobą niepełnosprawną, która jest uprawniona do uzyskania legitymacji osoby niepełnosprawnej			
3) sprawuję kuratelę nad osobą niepełnosprawną, która jest uprawniona do uzyskania legitymacji osoby niepełnosprawnej			
4) wnioskuję o umieszczenie na legitymacji stopnia niepełnosprawności ⁸			
5) wnioskuję o umieszczenie na legitymacji symbolu przyczyny niepełnosprawności ⁸			
6) posiadam już legitymację o numerze (wpisać numer):			
7) upoważniam do odbioru legitymacji osobę ⁶ :			

⁹Rozporządzenie 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).

Klauzula informacyjna

Realizując obowiązek wynikający z art. 13 ust.1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i 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 (dalej: RODO), informujemy, iż:

- 1) Administratorem danych osobowych zbieranych i przetwarzanych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Bytomiu z siedzibą w Bytomiu, reprezentowany przez Przewodniczącego Powiatowego Zespołu.
- 2) Odbiorcą Pani/Pana danych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Bytomiu, adres e-mail: pzon@mopr.bytom.pl tel.: 32/388-67-04, 388-67-05, 388-67-06, 388-67-10; fax: 32/281-80-93.
- 3) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia postępowania w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności/ stopniu niepełnosprawności/ o wskazaniach do ulg i uprawnień/ legitymacji osoby niepełnosprawnej/ karty parkingowej osoby niepełnosprawnej/ karty parkingowej dla placówek zajmujących się opieką, rehabilitacją lub edukacją osób niepełnosprawnych mających znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się*, na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2023 r. poz. 100; zwanej dalej ustawą o rehabilitacji).
- 4) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Bytomiu mogą być udostępniane innym organom państwowym i samorządowym (takim jak: sąd, policja, organy innej gminy) tylko i wyłącznie wtedy, gdy istnieje ku temu podstawa prawna wyrażona ustawą lub innym aktem prawnym, np. umową o powierzeniu przetwarzania danych.
- 5) Administrator danych nie przewiduje przekazywania Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej, chyba że będzie tego wymagało wypełnienie obowiązujących przepisów prawa w związku z zaistniałym wydarzeniem nadzwyczajnym.
- 6) Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny i określony przez rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych, (Dz. U. z 2011 roku, nr 14, poz. 67), licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.
- 7) Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Bytomiu na żadnym etapie przetwarzania danych osobowych nie stosuje profilowania i przetwarzania zautomatyzowanego.
- 8) Przez cały okres przetwarzania Pani/Pana danych osobowych przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Bytomiu w dowolnym momencie przysługuje Pani/Pana prawo do:
 - dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia,
 - żądania zaprzestania przetwarzania danych, ograniczenia ich przetwarzania, a także możliwość wniesienia sprzeciwu co do przetwarzania danych,
 - przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
 - wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (Biuro Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel. 22 531 03 00, fax. 22 531 03 01, kancelaria@giodo.gov.pl),
- 9) Biuro Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych rozpatruje skargi, które spełniają wymogi określone w art. 63 § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. kodeks postępowania administracyjnego (Tekst jednolity: Dz. U. z 2023 r., poz. 775 ze zm.), Elektroniczna Skrzynka Podawcza (ESP) jest środkiem komunikacji elektronicznej służącym do składania podań, wniosków i skarg do Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych w formie elektronicznej.
- 10) Podanie danych jest dobrowolne, jednakże jest niezbędnym warunkiem rozpatrzenia wniosku przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Bytomiu. Niewyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja niżej podpisana/podpisany wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celu rozpatrzenia wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności/ stopniu niepełnosprawności/ o wskazaniach do ulg i uprawnień/ legitymacji osoby niepełnosprawnej/ karty parkingowej osoby niepełnosprawnej/ karty parkingowej dla placówek zajmujących się opieką, rehabilitacją lub edukacją osób niepełnosprawnych mających znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się*, w tym także numeru telefonu i adresu poczty e-mailowej.

* właściwe zaznaczyć

.....
Data i czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę