



Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 (zwanej RODO) Korzystający informuje, iż:

- 1) Administratorem Państwa/Wolontariuszy danych osobowych jest Towarzystwo Opieki nad Zwierzętami w Polsce, Oddział w Zabrzu z siedzibą przy ul. Wolności 278 w Zabrzu 41-800, tel.: 519-822-885 adres e-mail: [zwierzak@psitulmnie.pl](mailto:zwierzak@psitulmnie.pl).
- 2) Administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych osobowych z którym można się skontaktować pod adresem [k.galazka@zoho.com](mailto:k.galazka@zoho.com).
- 3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w związku z zawarciem umowy o wykonanie świadczeń wolontarystycznych wolontariat rodzinny na rzecz Towarzystwa Opieki nad Zwierzętami w Polsce, Oddział w Zabrzu, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO.
- 4) Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj.: Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 5) Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do zawarcia i realizacji niniejszej umowy.
- 6) Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały zautomatyzowanemu przetwarzaniu, w tym również w formie profilowania.
- 7) Dane osobowe będą przechowywane przez okres zawarcia i realizacji umowy, a następnie przez okres archiwizacji dokumentacji.
- 8) Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa lub zawartych umów powierzenia przetwarzania danych osobowych.

.....  
Data i podpis



.....  
*imię i nazwisko wolontariusza*

## Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałem się z listą potencjalnych zagrożeń mogących wystąpić podczas wolontariatu oraz działaniami ochronnymi i zapobiegawczymi. Zobowiązuję się do stosowania przydzielonych mi środków ochrony indywidualnej oraz wykonywania przydzielonych mi zadań w sposób bezpieczny i higieniczny.

.....  
*data i podpis wolontariusza lub opiekuna  
prawnego*