

# ZGŁOSZENIE KANDYDATA

OGNISKO MUZYCZNE GMINNEGO OŚRODKA KULTURY W PAWŁOWICACH 2024/2025

## I. Dane kandydata:

Imię: ..... Nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Na jakim etapie edukacji ogólnej jest dziecko ( przedszkole, szkoła- która klasa):

.....

Czy kandydat posiada instrument – jaki .....

Ilość lat nauki na instrumencie (proszę podać nazwę instrumentu/ instrumentów i okres nauki):

.....

Na jakim instrumencie kandydat chce się uczyć .....

## II. Dane rodzica/opiekuna prawnego zgłaszającego kandydata:

Nazwisko i imię rodzica/ opiekuna prawnego .....

Dane do kontaktu w sprawie rekrutacji oraz powiadomienia przez GOK czy kandydat został przyjęty:

Telefon kontaktowy: .....Godziny kontaktu:.....

Adres e-mail: .....

Adres pocztowy do korespondencji – jeżeli zgłaszający wskazuje taką formę kontaktu:

.....

Administratorem pozyskanych danych osobowych jest Gminny Ośrodek Kultury w Pawłowicach, ul. Zjednoczenia 67, 43-250 Pawłowice Kontakt z administratorem ,tel. 32 4722 570, email: [gokpawlowice@hoga.pl](mailto:gokpawlowice@hoga.pl).

Kontakt z inspektorem ochrony danych: [iodpusz@wp.pl](mailto:iodpusz@wp.pl)

Dane osobowe będą przetwarzane przez Administratora w celu rekrutacji do Ogniska Muzycznego Gminnego Ośrodka Kultury w Pawłowicach i będą przechowywane przez okres 1 miesiąca od zakończenia rekrutacji.

Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art.6 ust.1 lit. e) RODO (rozporządzenie ogólne o ochronie danych) tj. wykonywanie przez Administratora zadań statutowych realizowanych w interesie publicznym.

Każda osoba, której dane dotyczą ma prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu, Osoba, której dane dotyczą ma prawo do wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych z siedzibą w Warszawie na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych.

Oświadczam, że:

- zapoznałem/-am się z treścią Regulaminu Ogniska Muzycznego dostępnego na stronie internetowej GOK w Pawłowicach,
- nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do udziału kandydata w przesłuchaniu.

Data i czytelny podpis osoby zgłaszającej: .....