……………………………………….. Widawa, dnia ……………….

 imię i nazwisko wnioskodawcy

………………………………………………….

adres zamieszkania, telefon kontaktowy

**Gminna Komisja Rozwiązywania**

**Problemów Alkoholowych**

**w Widawie**

**Wniosek o zastosowanie obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu**

1. Nazwisko i imię ……………………………………………………………………………...

2. Imiona rodziców …………………………………………………………………………......

3. Data urodzenia: ………………………………………………………………………………

4. Adres zamieszkania: ………………………………………………………………………....

5. Stan cywilny (imię współmałżonka) ………………………………………………………...

6. Liczba dzieci i ich wiek ……………………………………………………………………...

7. Zawód …………………………………………………………………………......................

8. Źródło utrzymania …………………………………………………………………………....

9. Informacje uzasadniające potrzebę wszczęcia postępowania ………………………..............

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

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

Wykaz osób mogących wystąpić w charakterze świadka (imię i nazwisko, adres, dane kontaktowe). …………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………

 Podpis wnioskodawcy

**OBOWIĄZEK INFORMACYJNY**

Na podstawie art. 14 ust. 1 i 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 (Dz. U. UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

* 1. Administratorem Państwa danych jest Gmina Widawa, ul. Rynek Kościuszki 10, 98-170 Widawa, tel. 43 67 21 034.
	2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie na adres Administratora.
	3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu: **prowadzenie postępowania o zobowiązanie do leczenia przeciwalkoholowego**, jak również w celu realizacji praw oraz obowiązków wynikających z przepisów prawa (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) oraz ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (D.U. z 2018 r. poz. 2137 z późn.zm.)
	4. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych,
	w tym przepisów archiwalnych.
	5. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegać profilowaniu.
	6. Państwa dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
	7. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
1. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
2. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
3. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
4. prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych
(ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
	1. Państwa dane osobowe zostały pozyskane od …………….…..
	2. Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.