**Souhlas se zpracováním osobních údajů**

**Já, níže podepsaný/á**

Jméno a příjmení:

Rok narození:

Adresa trvalého pobytu:

**souhlasím se zpracováním svých osobních údajů Oddělením sekretariátu Vládního výboru pro osoby se zdravotním postižením v rozsahu těchto údajů:**

Jméno, příjmení, titul, datum narození, adresa trvalého pobytu, kontaktní adresa, telefon, email, vzdělání a údaj o zdravotním postižení.

Souhlas je platný pouze v případě, že mé osobní údaje budou zpracovávány pouze v rozsahu nezbytném pro dosažení účelu zpracování uvedeného níže a v souladu s příslušnou legislativou.

**Souhlas je poskytnut za účelem:**

Výběru kandidáta na funkci člena Výboru OSN pro práva osob se zdravotním postižením.

**Souhlasím se zpracováním svých osobních údajů Oddělením sekretariátu Vládního výboru pro osoby se zdravotním postižením po dobu:**

Osobní údaje uchováváme po dobu tří měsíců od volby členů Výboru a u zvoleného kandidáta po dobu délky jeho funkčního období.

**Souhlasím se zpřístupněním svých osobních údajů Oddělením sekretariátu Vládního výboru pro osoby se zdravotním postižením:**

Oddělení sekretariátu Vládního výboru pro osoby se zdravotním postiženímje oprávněno použít mé osobní údaje pouze v souladu s výše uvedeným účelem (pro účely Výberu kandidáta je oprávněno je v nezbytném rozsahu poskytnout členům pracovní skupiny - MPSV, MZ, KVOP a NRZP ČR), nebo pro legitimní potřebu státních kontrolních orgánů a orgánů činných v trestním řízení.

Zpracování bude probíhat v souladu s příslušnými právními normami o ochraně osobních údajů a s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů).

Byl/a jsem poučen/a o tom, že poskytnutí údajů je dobrovolné. Dále jsem byl/a v souladu s příslušnou legislativou poučen/a:

* o svém právu tento souhlas odvolat a to i bez udání důvodu,
* o svém právu přístupu k těmto údajům a právu na jejich opravu,
* o svém právu na vymazání těchto údajů, pokud dochází k jejich zpracování v rozporu s ochranou definovanou příslušnou legislativou nebo v rozporu s tímto souhlasem, nebo byl souhlas odvolán.

Byl/a jsem také poučen o tom, že tato svá práva mohu uplatnit doručením žádosti na adresu Oddělení sekretariátu Vládního výboru pro osoby se zdravotním postižením, Úřad vlády České republiky, nábřeží Edvarda Beneše 4, 118 01 Praha 1.

Beru na vědomí, že odvolání tohoto souhlasu může ovlivnit dosažení účelu, pro který byl tento souhlas vydán, pokud tento účel nelze dosáhnout jinak.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………… | …………………………………… |
| Místo a datum | Podpis |