………………..……………………………………………..   
Miejscowość, dnia

**Wielkopolska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości Sp. z o.o. w Poznaniu   
ul. Piekary 19  
61-823 Poznań**

# **WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE USŁUGI**

Świadczenie bezpłatne przeznaczone dla osób uprawnionych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych   
(Dz. U. z 2018 r. poz. 511).

1. **PAŃSTWA DANE TELEADRESOWE:**

Imię ………………………………………………………………………………………………………………………..

Nazwisko ……………………………………………………………………………………………………………..

Ulica i numer domu …………………………………………………………………………………………

Kod pocztowy ……………………………………………………………………………………………………..

Miejscowość ………………………………………………………………………………………………………..

Imię i nazwisko osoby przybranej (jeśli dotyczy) …………………………………………………………..

1. **DANE DO KONTAKTU Z PAŃSTWEM LUB OSOBĄ PRZYBRANĄ**(proszę wybrać formę kontaktu i wypełnić):

Adres e-mail ……………………………………………………………………………………………………….

Numer telefonu (SMS, MMS) ……………………………………

Numer faksu ………………………………………………............................................................

1. **RODZAJ SPRAWY**   
   Proszę opisać krótko sprawę, jaką chcą Państwo załatwić w WARP Sp. z o.o., jeśli to możliwe proszę podać nazwę Działu lub innej komórki organizacyjnej WARP Sp. z o.o. albo wskazać przedmiot sprawy: Pożyczki, Dotacje dla osób indywidualnych, Dotacje dla firm, itp.:

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

1. **METODA KOMUNIKOWANIA SIĘ**   
   Proszę wybrać i zaznaczyć a) lub b):   
   a) osoba przybrana  
   b) tłumacz (proszę wybrać i zaznaczyć):

polskiego języka migowego (PJM),

systemu językowo-migowego (SJM)

sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN)

**5. DOKUMENTY POTRZEBNE DO ZAŁATWIENIA SPRAWY I FORMA ICH PRZEKAZANIA:**

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

1. **TERMIN SPOTKANIA**

(**UWAGA! Formularz należy przesłać lub złożyć co najmniej 3 dni robocze przed spotkaniem)**

Dzień (data) …………………………………….  
Godzina ……………………………………

**7. INFORMACJA DLA OSOBY UPRAWNIONEJ**Zgłoszenie zostanie przekazane do właściwego pracownika WARP Sp. z o.o., który skontaktuje się za pomocą wybranego przez Państwa sposobu komunikowania się z WARP Sp. z o.o. w celu potwierdzenia miejsca i terminu spotkania.

……………………………………………………………………………………….

**Ważne!** Jeżeli chcą Państwo skorzystać bezpłatnie ze świadczenia tłumacza PJM, SJM lub SKOGN proszę zabrać ze sobą orzeczenie lub zaświadczenie potwierdzające uprawnienie.

……………………………………………………………………………………….  
Data i podpis

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

W związku z realizacją wymogów 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Państwa danych osobowych oraz o przysługujących Państwu prawach z tym związanych.

Administratorem Państwa danych osobowych jest Wielkopolska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości Sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu, ul. Piekary 19, 61-823 Poznań, zwana dalej „administratorem”.

* pocztą: Wielkopolska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości Sp. z o.o, ul. Piekary 19, 61-823 Poznań
* pisemnie: za pomocą poczty elektronicznej: [info@warp.org.pl](mailto:info@warp.org.pl)
* telefonicznie: przy pomocy osoby trzeciej, tel: [61 65 63 500](tel:+48%2061%2065%2063%20500)

1. Informujemy, że Państwa dane osobowe przetwarzamy w celu realizacji zgłoszenia zapotrzebowania na usługę tłumaczenia języka migowego podczas wizyty w WARP Sp. z o.o. w Poznaniu, a także archiwizacji.
2. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych można kontaktować się z Inspektorem ochrony danych osobowych listownie pod adresem administratora danych, lub elektronicznie poprzez e-mail: [inspektor.odo@warp.org.pl](mailto:inspektor.odo@warp.org.pl).
3. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 2, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
4. Przysługuje Państwu prawo do usunięcia danych osobowych, o ile Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie wyrażonej zgody lub wynika to wymogu prawa, lub gdy dane są już niepotrzebne do przetwarzania danych.
5. Przysługuje Państwu prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych, o ile Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie wyrażonej zgody. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
6. Przysługuje Państwu prawo do przenoszenia danych, o ile Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie wyrażonej zgody lub są niezbędne do zawarcia umowy oraz gdy dane te są przetwarzane w sposób zautomatyzowany.
7. Przysługuje Państwu prawo do dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania.
8. Przysługuje Państwu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania w związku z Państwa sytuacją szczególną o ile przetwarzanie Państwa danych osobowych jest niezbędne do zrealizowania zadania w interesie publicznym lub sprawowania władzy publicznej.
9. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych o ile uważają Państwo, iż przetwarzanie Państwa danych osobowych odbywa się w sposób niezgodny z prawem.
10. Państwa dane osobowe będą ujawniane podmiotom świadczącym usługi na rzecz administratora danych osobowych w zakresie serwisu i wsparcia systemów informatycznych, utylizacji dokumentacji niearchiwalnej, przekazywania przesyłek pocztowych, osób świadczących usługi tłumacza PJM, SJM, SKOGN.
11. Państwa dane osobowe nie są przetwarzane w sposób zautomatyzowany w celu podjęcia jakiejkolwiek decyzji oraz profilowania.

**ADNOTACJE WARP Sp. z o.o.**Miejsce spotkania: ……………………………………………………...  
Ustalony termin spotkania: …………………………………………………………………………………...Usługę świadczyć będziePracownik/Pracowniczka WARP Sp. z o.o.   
(imię i nazwisko):………………………………………………………………………………………………………...Tłumacz/Tłumaczka   
(imię i nazwisko): ………………………………………………………..

Inne: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………….  
Data i podpis