|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   *imię*   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   *Nazwisko*  …………………………………………………..  *adres (ulica, nr domu i mieszkania)*    ………… , ……………………………………..  *(kod i miejscowość)*   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   *telefon kontaktowy*  *e-mail ……………………………………………………………..* | ……………...……….., dnia …………….  *miejscowość*  **Dyrektor**  **Pomorskiego Centrum Edukacji Nauczycieli w Gdańsku** |

**WNIOSEK O WYDANIE DUPLIKATU**

**Proszę o wydanie duplikatu świadectwa ukończenia**

**kursu kwalifikacyjnego / kursu nadającego uprawnienia** *(niepotrzebne skreślić)*

|  |  |
| --- | --- |
| **nazwa kursu** |  |
| **okres / data realizacji** |  |
| **ww. świadectwo zostało wystawione dla** | |
| **imię i nazwisko** |  |
| **data i miejsce urodzenia** |  |
| **Oświadczam, że oryginał świadectwa** *(proszę podać okoliczności zagubienia, zniszczenia):* | |
| **Do wniosku załączam:**   * **potwierdzenie wpłaty na konto PCEN za wystawienie duplikatu - 26 zł** - odbiór osobisty * **potwierdzenie wpłaty na konto PCEN - 26 zł** **wraz z** **opłatą - 10 zł** za przesyłkę listem poleconym, za potwierdzeniem odbioru * uszkodzony oryginał/kserokopię | |
| Numer konta bankowego: **PKO BP** **03 1020 1811 0000 0202 0312 5275** | |
| **Wystawiony duplikat:** odbiorę osobiście proszę przesłać na wyżej wskazany adres | |
| **UWAGI** *(np. nr świadectwa, kierownik kursu, inny adres do korespondencji i in.)* | |

……………………..………………..

|  |  |
| --- | --- |
| Potwierdzam odbiór duplikatu  (data i podpis) | ………………………………………………………………………………………… |
| Duplikat wysłano (nr pisma, data) | ………………………………………………………………………………………… |

*(podpis)*

**Klauzula informacyjna – wydanie duplikatu świadectwo kursów kwalifikacyjnych**

Realizując obowiązek wynikający z art. 13 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 (Dz. U. UE. L. 2016. 119. 1) – zw. dalej RODO, informujemy, że:

1. Administratorem Danych Osobowych jest Pomorskie Centrum Edukacji Nauczycieli   
   w Gdańsku, al. Gen. J. Hallera 14, 80-401 Gdańsk
2. Przedstawicielem Administratora jest Dyrektor Pomorskiego Centrum Edukacji Nauczycieli w Gdańsku, p. Ewa Furche, kontakt: [ewa.furche@pcen.gda.pl](mailto:ewa.furche@pcen.gda.pl)
3. Kontakt do inspektora Ochrony Danych; [iod@pcen.gda.pl](mailto:iod@pcen.gda.pl)
4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzanie na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego   
   na Administratorze w związku z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 maja 2010r w sprawie świadectw, dyplomów państwowych i innych druków szkolnych, ustawy z dnia 16 listopada 2006r. o opłacie skarbowej (Dz. U. 2021, poz. 1923) w celu realizacji wniosku o wydanie duplikatu świadectwa kursów kwalifikacyjnych.
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmiotu uprawnione   
   do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa lub inne podmioty, które przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.
7. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych na podstawie art. 15 RODO oraz z zastrzeżeniem przepisów prawa przysługuje Pani/{Panu prawo do sprostowania danych osobowych, ograniczenia przetwarzania danych osobowych.
8. W przypadku uznania, że przetwarzanie przez Administratora Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą podlegały zautomatyzowanemu profilowaniu.
10. Dane osobowe nie będą przekazywane do podmiotów poza Unią Europejską lub Europejskim Obszarem Gospodarczym.
11. Podanie danych jest dobrowolne do realizacji w/w celu. Niepodanie danych osobowych uniemożliwi realizację zadań ustawowych, w tym realizację w/w wniosku.

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

(data i podpis osoby składającej wniosek)