**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

**Oświadczenie w sprawie wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych**

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) 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 (dalej: „RODO”) **wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych** (tj. imię, nazwisko, nazwę płatnika składek, adres mailowy, nr telefonu ) przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Podane przeze mnie dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu przeprowadzenia szkolenia: **Zasiłek chorobowy. Podstawa wymiaru i okres wypłacania.**

 Jest mi wiadomym, że:
a) posiadam prawo do wycofania w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie moich danych osobowych,
b) wycofanie przeze mnie zgody nie ma wpływu na to, czy przetwarzanie, które zostało przeprowadzone na podstawie mojej zgody, zanim ją wycofałem/am, było zgodne z prawem.

Zapoznałam/em się z informacjami dotyczącymi przetwarzania moich danych osobowych zgodnie z art. 13 RODO, zamieszczonymi na stronie internetowej <https://bip.zus.pl/rodo>

**Miejscowość i data**

****

**Czytelny podpis**

****