|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **olsztyn_logo puo_logo** | Nr wniosku |  |
| Data i godzina złożenia | |
|  | |

**WNIOSEK- KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA**

**Proszę o przyjęcie dziecka do żłobka**\***:**

🞎 Żłobek Miejski Nr 1 w Olsztynie przy ul. Zbigniewa Herberta 2B

🞎 Żłobek Miejski Nr 2 w Olsztynie przy ul. Żołnierskiej 47

🞎 Żłobek Miejski Nr 3 w Olsztynie przy ul. Maurycego Mochnackiego 37

🞎 Żłobek Miejski Nr 4 w Olsztynie przy ul. Stanisława Wyspiańskiego 2

|  |
| --- |
| 1. **DANE DZIECKA** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię** |  | | | | | | | | | |
| **Nazwisko** |  | | | | | | | | | |
| **Data urodzenia** |  | | | | | | | | | |
| **Obywatelstwo** |  | | | | | | | | | |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Rodzaj, seria oraz numer innego dokumentu tożsamości (wypełnić w przypadku braku nr PESEL)** |  | | | | | | | | | |
| **Adres zamieszkania:** | | | | | | | | | | |
| **Ulica** |  | | | | | | | | | |
| **Nr domu** |  | | | | | | | | | |
| **Nr lokalu** |  | | | | | | | | | |
| **Kod pocztowy** |  | | | | | | | | | |
| **Miejscowość** |  | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 1. **DANE RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW DZIECKA** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane Matki/Prawnej Opiekunki Dziecka** | | | | | | | | | | |
| **Imię** |  | | | | | | | | | |
| **Nazwisko** |  | | | | | | | | | |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Data urodzenia** |  | | | | | | | | | |
| **Obywatelstwo** |  | | | | | | | | | |
| **Rodzaj, seria oraz numer innego dokumentu tożsamości (wypełnić w przypadku braku nr PESEL)** |  | | | | | | | | | |
| **Miejsce pracy lub pobierania nauki** |  | | | | | | | | | |
| **Adres zamieszkania:** | | | | | | | | | | |
| **Ulica** |  | | | | | | | | | |
| **Nr domu** |  | | | | | | | | | |
| **Nr lokalu** |  | | | | | | | | | |
| **Kod pocztowy** |  | | | | | | | | | |
| **Miejscowość** |  | | | | | | | | | |
| **Telefon kontaktowy** |  | | | | | | | | | |
| **Adres e-mail** |  | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane Ojca/Prawnego Opiekuna Dziecka** | | | | | | | | | | |
| **Imię** |  | | | | | | | | | |
| **Nazwisko** |  | | | | | | | | | |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Data urodzenia** |  | | | | | | | | | |
| **Obywatelstwo** |  | | | | | | | | | |
| **Rodzaj, seria oraz numer innego dokumentu tożsamości (wypełnić w przypadku braku nr PESEL)** |  | | | | | | | | | |
| **Miejsce pracy lub pobierania nauki** |  | | | | | | | | | |
| **Adres zamieszkania:** | | | | | | | | | | |
| **Ulica** |  | | | | | | | | | |
| **Nr domu** |  | | | | | | | | | |
| **Nr lokalu** |  | | | | | | | | | |
| **Kod pocztowy** |  | | | | | | | | | |
| **Miejscowość** |  | | | | | | | | | |
| **Telefon kontaktowy** |  | | | | | | | | | |
| **Adres e-mail** |  | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **III. KRYTERIA NABORU** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **TAK** | **NIE** |
| Oboje rodzice/opiekunowie prawni zamieszkują w Olsztynie lub  Rodzic/opiekun prawny samotnie wychowujący dziecko zamieszkuje  w Olsztynie |  |  |
| Oboje rodzice opiekunowie prawni pracują zawodowo w pełnym wymiarze czasu pracy lub uczą się w systemie dziennym  *Wymagane zaświadczenie o zatrudnieniu/prowadzeniu działalności gospodarczej/pobieraniu nauki w trybie dziennym przez rodziców lub opiekunów prawnych dziecka* |  |  |
| Przynajmniej jeden z rodziców jest osobą całkowicie niezdolną do pracy  i samodzielnej egzystencji lub całkowicie niezdolną do pracy, natomiast drugi  z rodziców pracuje zawodowo w pełnym wymiarze czasu pracy lub uczy się  w systemie dziennym |  |  |
| Rodzic/opiekun prawny samotnie wychowujący dziecko jest zatrudniony  w pełnym wymiarze czasu pracy lub uczy się w systemie dziennym |  |  |
| Wielodzietność rodziny  *Wymagane oświadczenie o wielodzietności rodziny* |  |  |
| Niepełnosprawność dziecka  Wymagana kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu) |  |  |
| Obowiązkowe szczepienia dziecka  *Wymagane oświadczenie o odbyciu przez dziecko obowiązkowych szczepień lub o ich odroczeniu* |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IV. DODATKOWE INFORMACJE O DZIECKU** | | | |
|  | | **TAK** | **NIE** |
| Liczba rodzeństwa |  | | |
| Wiek rodzeństwa |  | | |
| Informacje o stanie zdrowia, stosowanej diecie  i rozwoju psychofizycznym dziecka |  | | |
| Niepełnosprawność dziecka | |  |  |
| Stopień niepełnosprawności |  | | |

|  |
| --- |
| **VI. ZAŁĄCZNIKI**\* |

🞎 Zaświadczenie o zatrudnieniu/ pobieraniu nauki w trybie dziennym przez rodziców lub opiekunów   
 prawnych dziecka.

🞎 Aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej (załączyć w przypadku prowadzenia   
 działalności gospodarczej).

🞎 Kserokopia (oryginał do wglądu) orzeczenia o niepełnosprawności dziecka (załączyć w przypadku posiadania).

🞎 Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających dziecku   
 niepełnosprawnemu na korzystanie ze żłobka.

🞎 Oświadczenie o miejscu zamieszkania.

🞎 Oświadczenie o wielodzietności rodziny.

🞎 Oświadczenie o odbyciu przez dziecko obowiązkowych szczepień lub o ich odroczeniu.

***Brak jakiegokolwiek załącznika będzie skutkowało nieprzyjęciem dziecka do żłobka***

|  |
| --- |
| 1. **OŚWIADCZENIE RODZICÓW/ PRAWNYCH OPIEKUNÓW DZIECKA** |

**Oświadczam, iż dane przedłożone w niniejszym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.**

………………………………………

(podpis rodziców/prawnych opiekunów)

Przyjmuję do wiadomości, iż administratorem danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku jest Zespół Żłobków Miejskich w Olsztynie z siedzibą przy ul. Stanisława Wyspiańskiego 2,   
10-287 Olsztyn, adres e-mail: [zlobki@zzm.olsztyn.eu](mailto:zlobki@zzm.olsztyn.eu%20wp.pl)

Ponadto zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany, iż:

* podanie danych jest obowiązkowe w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w związku z zapewnianiem opieki nad dzieckiem w wieku do lat 3;
* posiadam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia skargi do Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych gdy uznam, iż przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy 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;
* dane mogą być udostępniane przez Zespół Żłobków Miejskich w Olsztynie podmiotom upoważnionym do uzyskania informacji na podstawie odrębnych przepisów prawa;
* podane dane będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 pkt b) - c) oraz art. 9 ust. 2 pkt b) zgodnie   
  z treścią ogólnego rozporządzenia o ochronie danych w związku z art. 3a ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3;
* inspektorem ochrony danych w Zespole Żłobków Miejskich w Olsztynie jest Pan Sebastian Akus adres e-mail: [iodo.zzm.olsztyn@wp.pl](mailto:iodo.zzm.olsztyn@wp.pl), [iodo@zzm.olsztyn.eu,](file:///D:\praca%20na%20pulpicie\Regulamin%20organizacyjny\iodo@zzm.olsztyn.eu,)
* dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat od zaprzestania realizacji celu zgodnie   
  z obowiązującą w Zespole Żłobków Miejskich w Olsztynie instrukcją kancelaryjną.

………………………………………

(podpis rodziców/prawnych opiekunów

**Objaśnienia:**

**\*** zaznaczyć „X” właściwy

|  |  |
| --- | --- |
| **POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA WNIOSKU (wypełnia placówka)** | |
| **Data przyjęcia** |  |
| **Godzina przyjęcia** |  |
| **Podpis przyjmującego** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**POTWIERDZENIA DLA KANDYDATA**

**1. Potwierdzenie przyjęcia wniosku**

Wniosek został przyjęty dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_. Data ważności wniosku upływa dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

pieczęć jednostki i podpis upoważnionego pracownika:

**2. Potwierdzenie przyjęcia oświadczeń i zaświadczeń dotyczących spełniania przez kandydata kryteriów rekrutacyjnych**

Dokumenty zostały przyjęte dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ w liczbie \_\_\_\_\_\_\_ kompletów

pieczęć jednostki i podpis upoważnionego pracownika: