**Załącznik do Regulaminu - FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY\***

**\* proszę wypełnić czytelnie wszystkie pola, dopuszcza się używanie pieczęci z danymi**

1. Pełna nazwa placówki edukacyjnej:

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

2. Adres placówki edukacyjnej, ulica i nr, kod pocztowy:

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

telefon do sekretariatu: ..............................................................................................................

adres e-mail placówki: .................................................................................................................

3. Kategoria Certyfikatu (zaznaczyć właściwy, istnieje możliwość wyboru dwóch kategorii certyfikatu):

□ **Stołówka z certyfikatem zdrowego i racjonalnego żywienia** (poniżej proszę zaznaczyć sposób organizacji żywienia):

* własna kuchnia prowadzona przez placówkę edukacyjną,
* posiłki przygotowywane na miejscu przez ajenta lub firmę cateringową - *tzw. catering wewnętrzny* (w tym przygotowywane częściowo),
* posiłki przygotowywane i dowożone przez firmę cateringową – tzw. catering zewnętrzny.

*⇨ w tym miejscu proszę podać okres, na jaki została zawarta aktualna umowa z firmą:*

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

□ **Sklepik szkolny z certyfikatem promowania oraz sprzedaży produktów zdrowego i racjonalnego żywienia.**

*⇨ w tym miejscu proszę podać okres, na jaki została zawarta aktualna umowa z ajentem:*

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

4. Cel zgłoszenia (zaznaczyć właściwy):

* Otrzymanie Certyfikatu
* Przedłużenie Certyfikatu

5. Dane kontaktowe osób, które będą odpowiadały za proces certyfikacji w placówce:

**Dyrektor / Wicedyrektor placówki:**

Imię  i nazwisko:.........................................................................................................................

Telefon:.......................................................................................................................................

Adres e-mail:...............................................................................................................................

**Koordynator Promocji Zdrowia / Intendent:**

Imię  i nazwisko:.........................................................................................................................

Pełniona funkcja:.........................................................................................................................

Telefon:.......................................................................................................................................

Adres e-mail:...............................................................................................................................

**\*\*Koordynator Promocji Zdrowia / Intendent:**

Imię  i nazwisko:.........................................................................................................................

Pełniona funkcja:.........................................................................................................................

Telefon:.......................................................................................................................................

Adres e-mail:...............................................................................................................................

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z „Regulaminem Przyznawania Certyfikatu” i akceptuję jego warunki.

Wrocław, dnia……………………… …..………………………....………

Pieczęć i podpis Dyrektora placówki

..…...................................................Pieczęć placówki  
\*\* - *pole nieobowiązkowe*

Załącznik nr 1

**Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za proces certyfikacji**

………………………………………………………………………………..

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/-a wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zawartych   
w przedstawionych przeze mnie dokumentach, dla potrzeb niezbędnych do realizacji certyfikacji   
z zakresu zdrowego żywienia.

Wrocław, dnia ………………… .……………….…………………………

Podpis osoby odpowiedzialnej za proces certyfikacji

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

1. Administratorem danych osobowych jest Stowarzyszenie Kuźnia Zdrowych Nawyków z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Partynickiej 3/3A, dalej także jako „Stowarzyszenie”.

2. Dane osobowe będą przetwarzane przez Stowarzyszenie w:

a) prawnie uzasadnionym interesie administratora, zgodnie z jego celami statutowymi, tj. prowadzenie działalności wspierającej rozwój edukacji, oświaty oraz wychowania, w szczególności w obszarze zdrowia, przede wszystkim na potrzeby przeprowadzenia procesu certyfikacji z zakresu zdrowego żywienia oraz promowania aktywności fizycznej (art. 6 ust 1 pkt f 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 jako “RODO”;

b) celach marketingowych na podstawie zgody podmiotu danych art. 6 ust 1 pkt a RODO.

3. W przypadku wyrażenia zgody na marketing dane będą przetwarzane przez firmę obsługującą newslettery Administratora.

4. Pani/Pana dane będą przekazywane do państwa trzeciego, tj. do USA (Google Ireland Limited).

5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane:

a) w sytuacji wskazanej w ust. 2 pkt a) powyżej - do czasu cofnięcia zgody.

b) w sytuacji wskazanej w ust. 2 pkt b) powyżej - do czasu cofnięcia zgody.

6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

7. W przypadku stwierdzenia, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

8. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do wzięcia udziału w procesie certyfikacji.

9. Pani/Pana dane nie będą służyły zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również w formie profilowania.

Wrocław, dnia……………. …...………..................................................

Podpis osoby odpowiedzialnej za proces certyfikacji

Załącznik nr 2 – dotyczy placówki, w której sklepik / żywienie prowadzone jest przez firmę cateringową lub ajenta

1. Dane kontaktowe osób reprezentujących **firmę cateringową** lub **ajenta,** odpowiednio stołówki lub sklepiku szkolnego:

* Stołówka
* Sklepik szkolny

**Adres miejsca, w którym przygotowywane są posiłki:**

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

Nazwa i adres firmy cateringowej/ajenta: ……………………………………….………………………....................................................

Dane identyfikacyjne NIP / Regon (podać oba numery): ............................................................

Imię i nazwisko właściciela / reprezentanta  firmy / ajenta:........................................................

Telefon kontaktowy: .....................................................................................................................

Adres e-mail: ................................................................................................................................

*Niniejszym oświadczam, że przystępuję do projektu dobrowolnie, akceptując jego zasady  
i charakter edukacyjny. Tym samym wyrażam wolę współpracy i poddania się weryfikacji, określonej w Regulaminie przyznawania certyfikatu i Kryteriach certyfikacji, tym samym wspierając niniejszą Placówkę w dążeniach do podnoszenia jakości żywienia i świadczonych przeze mnie, w tym obszarze usług.*

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

(czytelny podpis i pieczęć firmy)

**Imię i nazwisko właściciela / reprezentanta  firmy / ajenta**

………………………………………………………………………………..

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/-a wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zawartych   
w przedstawionych przeze mnie dokumentach, dla potrzeb niezbędnych do realizacji certyfikacji   
z zakresu zdrowego żywienia.

Wrocław, dnia ………………… .……………….…………………………

Podpis

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

1. Administratorem danych osobowych jest Stowarzyszenie Kuźnia Zdrowych Nawyków z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Partynickiej 3/3A, dalej także jako „Stowarzyszenie”.

2. Dane osobowe będą przetwarzane przez Stowarzyszenie w:

a) prawnie uzasadnionym interesie administratora, zgodnie z jego celami statutowymi, tj. prowadzenie działalności wspierającej rozwój edukacji, oświaty oraz wychowania, w szczególności w obszarze zdrowia, przede wszystkim na potrzeby przeprowadzenia procesu certyfikacji z zakresu zdrowego żywienia oraz promowania aktywności fizycznej (art. 6 ust 1 pkt f 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 jako “RODO”;

b) celach marketingowych na podstawie zgody podmiotu danych art. 6 ust 1 pkt a RODO.

3. W przypadku wyrażenia zgody na marketing dane będą przetwarzane przez firmę obsługującą newslettery Administratora.

4. Pani/Pana dane będą przekazywane do państwa trzeciego, tj. do USA (Google Ireland Limited).

5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane:

a) w sytuacji wskazanej w ust. 2 pkt a) powyżej - do czasu cofnięcia zgody.

b) w sytuacji wskazanej w ust. 2 pkt b) powyżej - do czasu cofnięcia zgody.

6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

7. W przypadku stwierdzenia, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

8. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do wzięcia udziału w procesie certyfikacji.

9. Pani/Pana dane nie będą służyły zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również w formie profilowania.

Wrocław, dnia ………………… .……………….…………………………

Podpis