…………………………………………………………………… …………………………………… *(imię i nazwisko rodzica/ prawnego opiekuna dziecka) (miejscowość i data)*

*…………………………………………………………………………….. (imię i nazwisko drugiego rodzica/opiekuna prawnego dziecka)*

**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DZIECKA Z PRZEDSZKOLA SAMORZĄDOWEGO w WOLI ZARCZYCKIEJ**

Oświadczam/oświadczamy, że do odbioru z przedszkola dziecka:

………………………………………………………………………………………………… *(imię i nazwisko dziecka)*

upoważniam/upoważniamy następujące osoby:

1. …………………………………………………………………………………………. (imię i nazwisko, nr dowodu osobistego)

1. …………………………………………………………………………………………. (imię i nazwisko, nr dowodu osobistego)

1. …………………………………………………………………………………………. (imię i nazwisko, nr dowodu osobistego)

1. …………………………………………………………………………………………. (imię i nazwisko, nr dowodu osobistego)

1. …………………………………………………………………………………………. (imię i nazwisko, nr dowodu osobistego)

………………………………………………………… (podpis osoby udzielającej upoważnienia)

………………………………………………………… (podpis osoby udzielającej upoważnienia)

**Informacje dotyczące ochrony danych osobowych** *Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/49/WE. (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) jako upoważniony wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym upoważnieniu. Administratorem danych jest Dyrektor Przedszkola Samorządowego w Woli Zarczyckiej. Mam świadomość przysługującego mi prawa do treści danych oraz ich poprawiania.*