|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **WNIOSEK O SPORZĄDZENIE AKTU PEŁNOMOCNICTWA DO GŁOSOWANIA W   WYBORACH DO PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ ZARZĄDZONYCH NA** (podać datę wyborów): | | **26 MAJA 2019 ROKU** |  |  | | --- | | **Miejsce składania wniosku** | | Wójt/Burmistrz/Prezydent Miasta\*, do którego kierowany jest wniosek:  **Burmistrz Miasta i Gminy Mikstat** |  |  |  | | --- | --- | | **Dane wyborcy udzielającego pełnomocnictwa do głosowania** | | | Imię (imiona): | | | Nazwisko: | | | Imię ojca: | Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok): | | Numer PESEL (a dla obywatela UE niebędącego obywatelem polskim – nr paszportu lub nazwa i nr innego dokumentu stwierdzającego tożsamość): | | | Adres zamieszkania: | |  |  |  | | --- | --- | | **Dane osoby, która wyraziła zgodę na przyjęcie pełnomocnictwa** | | | Imię (imiona): | | | Nazwisko: | | | Imię ojca: | Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok): | | Numer PESEL (a dla obywatela UE niebędącego obywatelem polskim – nr paszportu lub nazwa i nr innego dokumentu stwierdzającego tożsamość): | | | Adres zamieszkania: | | | Osoba, która wyraziła zgodę na przyjęcie pełnomocnictwa, jest dla wyborcy wstępnym\*\*, zstępnym\*\*\*, małżonkiem, bratem, siostrą albo osobą pozostającą w stosunku przysposobienia, opieki albo kurateli:  TAK NIE\* | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **Do wniosku załączono:** | | 1.pisemną zgodę osoby, która wyraziła zgodę na przyjęcie pełnomocnictwa;  2.kopię aktualnego orzeczenia właściwego organu orzekającego o ustaleniu stopnia niepełnosprawności wyborcy, *(nie dotyczy wyborców, którzy najpóźniej w dniu głosowania kończą 75 lat);*  *3.*kopie zaświadczenia o prawie do głosowania wydanego osobie, która wyraziła zgodę na przyjęcie pełnomocnictwa,*(załącza się wyłącznie w przypadku, gdy osoba, która wyraziła zgodę na przyjęcie pełnomocnictwa, nie jest wpisana do rejestru wyborców w tej samej gminie co wyborca udzielający pełnomocnictwa do głosowania);*  4.kopię dokumentu potwierdzającego pozostawanie wyborcy z osobą, która wyraziła zgodę na przyjęcie pełnomocnictwa, w stosunku przysposobienia/opieki/kurateli\*\* *(załącza się wyłącznie w przypadku, gdy taki stosunek istnieje).* |  |  | | --- | | **Miejsce sporządzenia aktu pełnomocnictwa do głosowania** *(wypełnić jedynie w przypadku, gdy ma być ono inne niż miejsce zamieszkania wyborcy udzielającego pełnomocnictwa do głosowania):* | |  |  |  | | --- | | **Oświadczenia** | | Oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.  Wyborca wyraża zgodę na to, by w postępowaniu w sprawie sporządzenia aktu pełnomocnictwa był reprezentowany przez osobę, która wyraziła zgodę na przyjęcie pełnomocnictwa:  TAK NIE\*\*  Wyborca nie może lub nie umie złożyć podpisu:  TAK NIE\*\*  Data wypełnienia (dzień-miesiąc-rok):   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |   Podpis wyborcy *(w przypadku gdy wyborca nie może lub nie umie złożyć podpisu, w miejscu tym podpis składa osoba, która wyraziła zgodę na przyjęcie pełnomocnictwa):*  ………………………………………………………………………………….. |  |  | | --- | |  | |  | | **Adnotacje urzędowe** | | Numer wniosku:  Uwagi:  Podpis przyjmującego wniosek:  ……………………………………………………………………………… | |

\* Niepotrzebne skreślić.

\*\* Wstępnym jest ojciec, matka, dziadek, babka itd.

\*\*\* Zstępnym jest syn, córka, wnuk, wnuczka itd.

**Termin składania wniosku: do 17 maja 2019 r.**

***Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych   
w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informuję, iż:***

1. **Administratorem Danych jest Miasto i Gmina Mikstat, 63-510 Mikstat, ul. Krakowska 17, tel.: (62) 73-10-043, fax.: (62) 73-10-043, e-mail:** [**umig@mikstat.pl**](mailto:umig@mikstat.pl)**, strona internetowa:** [**www.mikstat.pl**](http://www.mikstat.pl/)**, BIP: www.bip.mikstat.pl.**
2. **Administrator Danych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą w Urzędzie Miasta i Gminy, 63-510 Mikstat, ul. Krakowska 17, tel.: (62) 73-10-043, fax.: (62) 73-10-043, e-mail:** [**iodo@mikstat.pl**](mailto:iodo@mikstat.pl)**.**
3. **Dane osobowe są gromadzone i przetwarzane w celu realizacji obowiązków Administratora Danych, w związku z załatwianą sprawą, na podstawie art. 6 ust.   
   1 lit. c)**
   * **przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze**

**- ustawa z dnia 5 stycznia 2011r. Kodeks wyborczy**

**◦ w celach archiwalnych.**

1. **Dane osobowe będą usuwane w terminach wskazanych w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych lub innych przepisach prawa, regulujących czas przetwarzania danych, którym podlega Administrator Danych.**
2. **Dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, np. organom administracji publicznej.**
3. **Osoba, której dane są przetwarzane, w granicach określonych *Rozporządzeniem*, ma prawo do:**
   * **Dostępu do swoich danych osobowych, sprostowania, ograniczenie, przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych,**
   * **wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.**