|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| POLSKI ZWIĄZEK SZACHOWY 00-514 Warszawa, ul. Marszałkowska 84/92  tel. 22 841 41 92 www.pzszach.pl [biuro@pzszach.pl](mailto:biuro@pzszach.pl) | | | | |
| Wniosek o przyznanie licencji | | | |  |  | | --- | --- | | |  | | --- | |  | | | zawodniczej |
| |  | | --- | |  | | sędziowskiej |
| |  | | --- | |  | | instruktorskiej |
| **Dane wymagane** | ***Należy złożyć w siedzibie właściwego Wojewódzkiego Związku Szachowego***  ***W Y P E Ł N I Ć C Z Y T E L N I E D R U K O W A N Y M I L I T E R A M I***  1. Imię i Nazwisko:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   2. Data (D/M/R) i miejsce urodzenia: | | | |
| **Dane nieobo-wiązkowe** | 3. Adres do korespondencji:  4. Inne informacje: | | | |
| **Proszę o przyznanie licencji zawodniczej / sędziowskiej / instruktorskiej** *(właściwe podkreślić)*  ***Oświadczam, że:***  *- Zobowiązuję się do przestrzegania postanowień statutów i regulaminów Polskiego Związku Szachowego i Wojewódzkiego Związku Szachowego, w tym także poddania się odpowiedzialności dyscyplinarnej*  ***-*** *Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i korzystam z pełni praw publicznych (nie dotyczy osób niepełnoletnich)*  ***Przyjmuję do wiadomości że:***  *1. Przetwarzanie moich danych osobowych odbywać się będzie w interesie publicznym na podstawie art. 6 ust. 1. pkt e Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w celu realizacji zadań statutowych Polskiego Związku Szachowego.*  *2. Dane osobowe udostępnione będą publicznie dla organizatorów życia szachowego w Polsce oraz w innych krajach poprzez zamieszczenie w Centralnym Rejestrze PZSzach oraz rejestrach międzynarodowych organizacji szachowych których członkiem jest lub będzie PZSzach.*  *3. Przysługuje mi prawo wglądu i sprostowania moich danych osobowych oraz wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania w każdym momencie. Sprzeciw może zostać oddalony jeśli jego uwzględnienie naruszać będzie prawa innych osób.*  *4. Administratorem danych osobowych jest Polski Związek Szachowy który wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych (kontakt: tel. 22 8414192, e-mail: biuro@pzszach.pl).*  .......................................... ……….……..…………………………………..  Data wypełnienia wniosku Czytelny podpis zawodnika | | | | |
| **Dot. osób niepełnoletn.** | Imię i Nazwisko: ………………………………………………………………………………………………………………  *Jako osoba wypełniająca opiekę prawną nad w/w niepełnoletnim potwierdzam prawdziwość powyższego oświadczenia, które akceptuję.*  ………………………………………………………………  Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego | | | |
| **POTWIERDZENIE**  **PRZYZNANIA LICENCJI**  *Licencje przyznaje macierzysty Wojewódzki Związek Szachowy*  *a w szczególnych przypadkach*  *Polski Związek Szachowy* | | ID-CR zawodnika Nr przyznanej licencji   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |   …………………………………………………………………………………………….  Pieczęć i podpis osoby upoważnionej przez WZSzach/PZSzach | | |