|  |
| --- |
| POLSKI ZWIĄZEK SZACHOWY00-514 Warszawa, ul. Marszałkowska 84/92tel. 22 841 41 92 www.pzszach.pl 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 |