|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Formularz **deklaracyjny** zawodnika  Fundacja Akademi**i** Sportu Stomil Olsztyn  Sekcja **S**zach**y** | | | |
| *WYPEŁNIĆ WYRAŹNIE DRUKOWANYMI LITERAMI* ***Formularz należy przekazać do FAS Stomil Olsztyn*** | | |  |  | | --- | --- | | |  | | --- | |  | | | Rejestracja zawodnika |
| |  | | --- | |  | | Aktualizacja danych |
| **Dane wymagane** | 1. Imię i nazwisko: ……………………………………………….……………………………………….  2. Miejsce i data (D/M/R) urodzenia: ………………………………………………………….  3. E-mail:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |   4. Posiadana kategoria szachowa, w przypadku jej braku proszę zaznaczyć poziom umiejętności:  kategoria szachowa- **TAK NIE Jeśli tak to numer:**  Poziom umiejętności( niepotrzebne skreślić):  a) podstawowy  b) średni  c) średniozaawansowany | | |
| **Dane opcjonalne** | 5. Adres do korespondencji:  6. Inne informacje: | | |
| **Proszę o wydanie licencji zawodniczej: TAK / NIE**  *(opłatę licencyjną w wys. 30 zł wnosi się na konto właściwego terytorialnie Wojewódzkiego Związku Szachowego)* | | |
| **Proszę o zarejestrowanie w Klubie TAK / NIE**  **……………………………………………….………………………………………………………..** | | |
| ***Oświadczam, że:***  *- Zobowiązuję się do przestrzegania postanowień statutów i regulaminów Fundacji Akademii Sportu Stomil Olsztyn i Wojewódzkiego Związku Szachowego, w tym także poddania się regulaminowej odpowiedzialności dyscyplinarnej*  ***-*** *Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i korzystam z pełni praw publicznych w zakresie właściwym do wieku.*  ***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 Fundacji Akademii Sportu Stomil Olsztyn.*  *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 Fundacja Akademii Sportu Stomil Olsztyn.*  *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 prawidłowość realizacji zadań statutowych Fundacji Akademii Sportu Stomil Olsztyn. lub prawa innych osób.*  *4. Administratorem danych osobowych jest Fundacja Akademii Sportu Stomil Olsztyn który wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych (kontakt: tel.* 89 534 12 38 *, e-mail: szachy@stomilolsztyn.com).*  *.......................................... ……….……..…………………………………..*  Data wypełnienia wniosku Czytelny podpis zawodnika | | | |
| **Dot. osoby niepełnoletniej** | Imię i Nazwisko opiekuna: ………………………………………………………………………………………………………………  Jako osoba wypełniająca opiekę prawną nad zgłaszającym się niepełnoletnim wyrażam zgodę na jego grę w szachy w ramach  uprawiania tej dyscypliny sportowej. Jednocześnie akceptuję ………………………………………………………………  i potwierdzam prawdziwość powyższych oświadczeń*.* Czytelny podpis | | |