|  |
| --- |
| 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) podstawowyb) średnic) 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 ramachuprawiania tej dyscypliny sportowej. Jednocześnie akceptuję ………………………………………………………………i potwierdzam prawdziwość powyższych oświadczeń*.* Czytelny podpis |