

Akademia Policji
w Szczytnie

L. dz. /

**ZGODA
NA UJAWNIEŃ TOŻSAMOŚCI SYGNALISTY**

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Adres e-mail lub numer telefonu

Wyrażam zgodę na ujawnienie moich danych osobowych, pozwalających na ustalenie mojej tożsamości, osobom upoważnionym przez organ publiczny. Przyjmuję do wiadomości, że wyrażenie zgody jest dobrowolne a zgoda może być wycofana w dowolnym momencie; wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego przed jej wycofaniem.

Oświadczenie sygnalisty:

Przyjmuję do wiadomości, że:

- wyrażona zgoda nie dotyczy sytuacji, w której ujawnienie jest koniecznym i proporcjonalnym obowiązkiem wynikającym z przepisów prawa w związku z postępowaniami wyjaśniającymi prowadzonymi przez organy publiczne lub postępowaniami przygotowawczymi lub sądowymi prowadzonymi przez sądy, w tym w celu zagwarantowania prawa do obrony przysługującego osobie, której dotyczy zgłoszenie.

.....
czytelny podpis