|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| D:\JAN\1 IPA PRZEMYSKI  2023 STYCZEŃ\różne - odznaki\odznaki\LOGO IPA 2023\LOGO IPA 2023 SEKCJA POLSKA\IPA_LOGO_2023\IPA_LOGO_kolor_72dpi.png **www.ipapolska.pl** | INTERNATIONAL POLICE ASSOCIATION – POLISH SECTION MIĘDZYNARODOWE STOWARZYSZENIE POLICJI – SEKCJA POLSKA | | | | | | | | | | | D:\JAN\1 IPA PRZEMYSKI  2023 STYCZEŃ\różne - odznaki\odznaki\LOGO IPA 2023\LOGO IPA 2023 SEKCJA POLSKA\IPA_LOGO_2023\IPA_LOGO_kolor_72dpi.png  **www.ipapolska.pl** |
| DEKLARACJA CZŁONKOWSKA | | | | | | | | | | |
| **Region** | | | | | Podkarpacka Grupa Wojewódzka | | | | | |
|  | | (wypisać jedynie w przypadku wtórnika) Nr legitymacji IPA | | | | | | | | | | **PL-** |
| **1. OŚWIADCZENIE** | | | | | **2. DANE DO LEGITYMACJI** | | | | | | | |
| Chcę zostać członkiem Sekcji Polskiej IPA (Międzynarodowego Stowarzyszenia Policji) i oznajmiam, że znane mi są postanowienia Statutu IPA SP, do których przestrzegania niniejszym się zobowiązuję. Oświadczam, że nie byłem skazany prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo lub przestępstwo skarbowe, umyślne, ścigane z oskarżenia publicznego.  **Jednocześnie oświadczam, że:**   1. PEŁNIĘ SŁUŻBĘ W POLICJI / STRAŻY GRANICZNEJ**\*** 2. JESTEM EMERYTEM / RENCISTĄ**\*** wymienionych służb   \*niepotrzebne skreślić  **Wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratorów danych tj. Sekcję Polską IPA z siedzibą w Poznaniu ul. Kochanowskiego 2A, macierzysty Region IPA oraz macierzystą Grupę Wojewódzka IPA. **Przyjmuję do wiadomości, że**: moje dane osobowe będą przetwarzane w celach statutowych oraz prowadzenia ewidencji członkowskiej, mogą zostać udostępnione innym podmiotom wyłącznie w celu realizacji projektów, w których będę brał udział oraz wytworzenia legitymacji członkowskiej, podanie danych jest dobrowolne, jednakże odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości członkostwa w Stowarzyszeniu, mam prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania lub usunięcia.  **Wyrażam zgodę** na informowanie mnie o sprawach Stowarzyszenia, na wskazany przeze mnie w deklaracji członkowskiej adres do korespondencji, adres e-mailowy i telefon.  **Podstawa prawna:** Rozporz. Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r., w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Data czytelny podpis kandydata** | | | | | NAZWISKO | | | | | |  | |
| **IMIĘ** | | | | | |  | |
| **PESEL** | | | | | |  | |
| **ADRES ZAMELDOWANIA**  z kodem pocztowym wyłącznie dla potrzeb bazy IPA | | | | miejscowość | |  | |
| ulica, nr domu/mieszkania | |  | |
| kod pocztowy | |  | |
| **ADRES KORESPONDENCYJNY**  inny niż zameldowania | | | | | |  | |
| **TELEFON KONTAKTOWY** | | | | | |  | |
| **E-MAIL** | | | | | |  | |
| **4. DANE O MIEJSCU PRACY** | | | | | | | |
| NR IDENTYFIKACYJNY | | | | | |  | |
| **DATA ROZPOCZĘCIA SŁUŻBY** | | | | | |  | |
| **MIEJSCE PRACY**  dla emerytów/rencistów  ostatnie miejsce pracy  i nr legitymacji | | | | | |  | |
| **DATA ZAKOŃCZENIA SŁUŻBY** | | | | | |  | |
| TELEFON SŁUŻBOWY | | | | | |  | |
| **UWAGA !!!**   1. rubryki od **1** do **4** są obowiązkowe i wypełnia kandydat na członka IPA 2. rubrykę **5** wypełnia uprawniona osoba z Prezydium Regionu IPA SP 3. rubrykę **6** wypełnia uprawniona osoba z Prezydium Grupy Wojewódzkiej IPA SP 4. wypełniać drukowanymi literami – w formularzu internetowym wypełnić rubryk i wydrukować deklarację 5. **nieczytelność lub brak wymaganych danych *spowoduje zwrot deklaracji.***   Statut i Regulamin działania Sekcji Polskiej IPA znajduje się na stronie [www.ipapolska.pl](http://www.ipapolska.pl/) | | | **5. OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA REGIONU.** | | | | | | | | | |
| Kandydat spełnia wymogi statutowe do uzyskania członkostwa w Sekcji Polskiej IPA,  dokonał wpłaty wpisowego i składki członkowskiej za bieżący rok | | | | | | | | | |
| data | | | | Pieczęć i **czytelny** podpis osoby uprawnionej z Prezydium Regionu | | | | | |
| **6. OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA GRUPY WOJEWÓDZKIEJ.** | | | | | | | | | |
| Kandydat spełnia wymogi statutowe do uzyskania członkostwa w Sekcji Polskiej IPA,  dokonano przekazania wpłaty wpisowego dla Sekcji Polskiej IPA | | | | | | | | | |
| data | | | | | Pieczęć i **czytelny** podpis przedstawiciela Prezydium Zarządu GW | | | | |
| **7. Adnotacje Referatu Legitymacji:** | | | | | | | | | | | | |
| Wykonano legitymację nr **PL** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | Podpis osoby wykonującej | | | | | | Data wykonania | | |

***Deklaracja zmieniona i wprowadzona uchwałą KZ SP IPA na posiedzeniu w Przemyślu w dniu 26.10.2018 roku***

***z mocą obowiązująca od dnia 1.12.2018 roku***