.....
(imię i nazwisko)

.....

.....
(adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000) oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. zwanym dalej ,,RODO” wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich oraz mojego dziecka/podopiecznego

.....
(o ile dotyczy – niepotrzebne skreślić)

przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Skarżysku-Kamiennej z siedzibą w Skarżysku-Kamiennej przy Placu Floriańskim 1 oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 dla potrzeb programu „Aktywny samorząd” oraz innych prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych.

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

.

Niniejsze oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do PCPR i PFRON przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.