

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

### **OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na zasadach określonych w ustawie o ochronie, danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2016r. poz. 922 j.t ) w zbiorze danych osobowych prowadzonych przez ;

#### **POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W CHOSZCZNI**

Celem przetwarzania, danych osobowych jest realizowanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie:

- zadań określonych ustawą o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej
- zadań z zakresu pomocy społecznej zleconych ośrodkowi przez podmioty uprawnione na podstawie przepisów społecznych
- zadań określonych prawem, realizowanych dla dobra publicznego

#### ***Jednocześnie oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/ny o:***

1. adresie/siedzibie Ośrodka, jako administratora danych osobowych:
2. Przysługujących mi na podstawie ww. ustawy o ochronie danych osobowych uprawnieniach, a w szczególności o prawie wglądu do swoich danych i prawie ich poprawienia- o uprawnieniach wynikających z art. 24 ust. 1 oraz art. 32 ustawy o ochronie danych osobowych.

.....  
(podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

.....  
(podpis osoby składającej oświadczenie)