

.....
(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 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) 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.