

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że ja.....

/Imię i nazwisko wnioskodawcy, numer telefonu/

1. nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz w ciągu ostatnich trzech lat przed złożeniem wniosku, nie byłem/em stroną umowy z ww. Funduszem, którą rozwiązano z przyczyn leżących po mojej stronie,
2. otrzymałem informacje podawane w przypadku zbierania danych (zgodnie z art. 13 RODO) oraz że uzyskałem informacje o przysługujących mi prawach, w tym o prawie do dostępu do treści danych, do sprostowania danych, do usunięcia danych, do ograniczenia przetwarzania danych, do przenoszenia danych, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych oraz do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych.**

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na przetwarzanie moich danych osobowych, (w tym, między innymi, nazwiska i imion, adresu zamieszkania, danych członków mojej rodziny i osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym), wskazanych wcześniej we wniosku, przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

w Zduńskiej Woli, w celu zrealizowania sprawy dotyczącej mojej osoby przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie. Zgoda jest dobrowolna, lecz niezbędna do złożenia wniosku.**

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na kontakt drogą telefoniczną, listowną lub mailową w celu informacji i kontaktu w zakresie realizacji sprawy w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Zduńskiej Woli. Zgoda jest dobrowolna, lecz niezbędna do kontaktu w wyżej wymienionej formie.**

Zduńska Wola, dnia

(miejscowość i data)

.....

(podpis wnioskodawcy)

(* - niewłaściwe skreślić)

** Na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE" (Dz. Urz. UE. L Nr 119, str. 1)