

Krapkowice, dnia .....

.....  
/Imię i nazwisko /

## **O Ś W I A D C Z E N I E**

**Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych** moich oraz mojego podopiecznego/moich podopiecznych (w sytuacji, kiedy dotyczy podopiecznego/podopiecznych) przez realizatora tj.: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 13, w celach związanych z realizacją programu pn. „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołów lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz.1000) oraz 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 sprawach swobodnego przepływu takich danych (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE.L 2016 Nr 119 str.1).

.....  
( podpis )