……………………………..... Sławno, dnia………………

 imię i nazwisko

………………………………

 adres

……………………………..

OŚWIADCZENIE

 Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie moich danych osobowych na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014r. poz. 1182 z późn. zm.) w zbiorze danych osobowych prowadzonych przez:

………………………………………………………………………………………

( nazwa instytucji )

………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………..

Celem przetwarzania danych osobowych jest realizowanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sławnie zadań określonych ustawą o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, ustawą o pomocy społecznej oraz zadań z zakresu pomocy społecznej zleconych przez podmioty uprawnione na podstawie przepisów odrębnych,

**Jednocześnie oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/na o:**

1. **adresie/ siedzibie Centrum 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 tj. o uprawnieniach wynikających z art. 24 ust. 1 oraz art. 32 ustawy o ochronie danych osobowych.**

……………………………………. ……………………………………

( podpis pracownika przyjmującego oświadczenie) ( data i podpis osoby składającej oświadczenie)