



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

**Program finansowany ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia
Osób Niepełnosprawnych**

„Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2021

.....
(miejsowość, data)

.....
(Imię i nazwisko osoby wyrażającej zgodę
na przetwarzanie danych osobowych)

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Krościenku Wyżnym ul. Południowa 9, 38-422 Krościenko Wyżne moich danych osobowych w postaci: danych zamieszczonych w karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2021 w celu wzięcia udziału w Programie. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych jest udzielona dobrowolnie na podstawie art. 6 ust. 1 lit.a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej RODO).

Potwierdzam otrzymanie od Administratora Danych Osobowych klauzuli informacyjnej zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 RODO, z którym się zapoznałem i przyjąłem do wiadomości.

.....
(Podpis osoby wyrażającej zgodę)