

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

W związku z realizacją wymogów 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego „**RODO**” (Dz. Urz. UE L z 2016, Nr 119/1):

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych mojego dziecka/podopiecznego* - zawartych we wniosku oraz w dołączonych załącznikach (w tym danych szczególnych kategorii dotyczących zdrowia**), w celu ubiegania i korzystania z usług Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej realizowanych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Policach.

☐ TAK

☐ NIE

2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych mojego dziecka/podopiecznego* - zawartych we wniosku w celu informowania mnie o dostępnych projektach i programach oraz aktualnych wydarzeniach realizowanych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Policach.

☐ TAK

☐ NIE

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z otrzymaną klauzulą informacyjną i rozumiem jej treść.

.....

(data, czytelny podpis)

* o ile dotyczy – niewłaściwe skreślić,

** dane szczególnych kategorii to dane ujawniające pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub światopoglądowe, przynależność do związków zawodowych, dane genetyczne, dane biometryczne wykorzystywane do identyfikacji, dane dotyczące zdrowia, seksualności lub orientacji seksualnej.