

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko wychowanka

.....
Adres

.....
Tel.

**Powiatowe Centrum
Pomocy Rodzinie
w Wałczu**

W związku z usamodzielnieniem się proszę o przyznanie pomocy
pieniężnej na usamodzielnienie.

Naukę zakończyłam/em w dniu

Wyżej wymienioną pomoc przeznaczę na:

1.
2.
3.
4.

Oświadczam, że na podstawie art. 6 ust. 1a oraz art. 9 ust. 2a
Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia
27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku
z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu
takich danych, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych
przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wałczu, zawartych
w niniejszym wniosku oraz wymaganych załącznikach dla potrzeb
związanych z realizacją zadania, którego wniosek dotyczy.

.....
(data i podpis wychowanka)

Opinia opiekuna usamodzielnienia

.....
(data i podpis)