

.....
Imię i nazwisko

.....
Miejscowość, data

.....

.....
Adres

.....
Tel.

.....
e-mail

**Powiatowe Centrum
Pomocy Rodzinie
w Wałczu**

Proszę o przyznanie pomocy pieniężnej na kontynuowanie nauki
od.....r.

Naukę kontynuuję w.....,

klasa/rok semestr

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