

Wałcz, dnia _____

IMIĘ I NAZWISKO

ADRES ZAMIESZKANIA

NUMER TELEFONU

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a 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 we wniosku oraz wymaganych załącznikach dla potrzeb związanych z realizacją zadania:

Czytelny podpis