 

**OŚWIADCZENIE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ja, niżej podpisany(a)..…………..………………………………………………..…………………………………………………. | |  |
| Zamieszkały(a) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………......... |  | |

wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie i trybie określonym w Rozporządzeniu 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE zwanego dalej RODO w celach związanych z realizacją zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oświęcimiu, określonych ustawą z dnia 23 października 2018r o Funduszu Solidarnościowym /Dz.U. z 2018 poz.2192 zp.zm./oraz Edycją z 2020 r programu „Opieka Wytchnieniowa”

Potwierdzam, że zostałem(am) poinformowany(a), iż administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oświęcimiu i że przysługuje mi prawo wglądu do moich danych oraz ich poprawianie.

Dane osobowe podawane są dobrowolnie, a jeżeli istnieje obowiązek ich podawania, powinna zostać przedstawiona podstawa prawna.

Pouczono mnie o odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy w zeznaniach służących za dowód w prowadzonym postępowaniu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Data i Podpis składającego oświadczenie |