

.....
 imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

DST

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie moich danych osobowych, zgodnie z Rozporządzeniem 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 (RODO), w zbiorze danych osobowych prowadzonym przez:

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
 Świadczenia Wychowawcze
 42-242 Redziny, ul. Mickiewicza 7
 tel. 34 320 10 15, 34 320 19 98

.....
 nazwa instytucji, która jest administratorem danych osobowych

Numer telefonu lub adres e-mail jest przetwarzany w celu kontaktu w sprawach związanych ze złożonym wnioskiem. Pozostałe dane osobowe są przetwarzane dla celów związanych z ustaleniem uprawnień do świadczenia „Dobry Start”, w oparciu o Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 maja 2018 r.

Podanie danych przetwarzanych na podstawie zgody jest dobrowolne, natomiast podanie pozostałych danych jest niezbędne w celu rozpatrzenia wniosku. Odmowa podania tych danych wiąże się z brakiem możliwości jego rozpatrzenia.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo ich poprawiania, jeśli są błędne lub nieaktualne.

.....
 podpis osoby przyjmującej oświadczenie

.....
 podpis osoby składającej oświadczenie