Załącznik nr 8

……………………………………..

Imię i nazwisko

……………………………………..

…………………………………….

Adres zamieszkania

……………………………………..

(PESEL)

OŚWIADCZENIE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

* na podstawie ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1781 ze zm.);
* na podstawie art. 5 ust. 1 lit. c, art. 6 ust. 1 lit. a, c, d, e; ust.3 lit. b oraz art. 9 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/2017 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych);
* art. 7, art. 190a ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny
i systemie pieczy zastępczej (tj. Dz. U. z 2020 poz. 821 ze zm.),

w celu realizacji ustawowych zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Kościerzynie.

wyrażam zgodę

na przetwarzanie moich danych osobowych tj. utrwalanie, przechowywanie, udostępnianie, usuwanie i pozyskiwanie m.in. w sądach, prokuraturze, policji, ośrodkach interwencji kryzysowej, ośrodkach pomocy społecznej i innych organizacjach realizujących zadania
z ustawy o pomocy społecznej, ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej oraz ustaw mających wpływ na prawidłową realizację zadań ustawowych jednostki.

……………………………………… …………………………………………

 Miejscowość, data Podpis