##### ............................................................

##### (Imię i Nazwisko)

##### ............................................................

##### (Adres)

##### ............................................................

***Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych w tym danych wrażliwych***

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w tym danych wrażliwych oraz mojego dziecka/podopiecznego\* ………………..................................................

(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez Powiat Siedlecki, Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Siedlcach, ul. J. Piłsudskiego 40 (administrator danych) oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13,
w celach związanych z realizacją pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, zgodnie z ustawą
z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 922). Zostałem(łam) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

………………………… ………………………………………

Data Podpis osoby składającej oświadczenie

\*niepotrzebne skreślić