

.....
miejsowość, data

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie moich danych osobowych, na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 2135 ze zmianami) w zbiorze danych osobowych prowadzonym przez:

Ośrodek Pomocy Społecznej

43-230 Goczałkowice-Zdrój

.....
nazwa instytucji w której gromadzone są dane osobowe

ul. Szkolna 13

NIP 638-16-07-657, REGON 273593540

dla celów związanych z ustaleniem uprawnień do świadczeń rodzinnych, w oparciu o ustawę z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 114 ze zm.) oraz dla celów związanych z ustaleniem uprawnień do świadczenia wychowawczego, w oparciu o ustawę z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci (Dz. U. z 2016 r. poz. 195).

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości fakt, że przysługuje mi prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo ich poprawiania - t.j. uprawnienia wynikające z art. 24 ust. 1 oraz art. 32 ustawy o ochronie danych osobowych.

.....
podpis osoby przyjmującej oświadczenie

.....
data i podpis składającego oświadczenie