

## KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Imię i nazwisko .....

Adres do korespondencji: .....

Nr telefonu .....

Adres poczty elektronicznej: .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora Danych – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Świdnicy, ul. Wałbrzyska 15, w postaci:

- mojego numeru telefonu  tak  nie
- mojego adresu poczty elektronicznej  tak  nie

w celu zawiadomienia o możliwości odbioru wydanego zaświadczenia.

Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie oraz oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

### Oświadczam, że:

a) zostałam/em poinformowana/y, że udzielona zgoda na przetwarzanie moich danych osobowych może zostać odwołana w dowolnym momencie za pomocą poczty elektronicznej, za pośrednictwem operatora pocztowego lub osobiście w sekretariacie tutejszego Centrum. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem,

b) zostałam/em poinformowana/y, iż Administrator Danych nie może na podstawie niniejszej zgody przetwarzać powyższych danych w sposób naruszający moje dobre imię lub dobra osobiste, a także w zakresie i celu innym niż wskazane powyżej,

c) zostałam/em poinformowana/y, że wyrażenie niniejszej zgody nie zwalnia Administratora Danych z obowiązków wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa co do zabezpieczenia przetwarzanych danych oraz ich legalnego przetwarzania,

d) zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych.

.....  
(miejsce, data, czytelny podpis wnioskodawcy)