## **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

## **Zgoda na przetwarzanie danych osobowych oraz szczególnych kategorii danych**

## **osoby nie będącej właścicielem danych (osoby zależnej, dziecka, podopiecznego)**

1. Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego/mojej …………………………………………………………………………………….……………… (*imię, nazwisko dziecka, osoby zależnej, podopiecznego/ej – stopień pokrewieństwa)* w zakresie:

* ……………………………………………………………………………………
* ……………………………………………………………………………………
* ……………………………………………………………………………………

przez Powiat Stargardzki, w imieniu którego jako Administrator danych działa Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Stargardzie, przy ul. Skarbowej 1, REGON 811804682, NIP 854-20-12-469**,** w celu realizacji Modułu III programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”.

1. Zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. a Rozporządzenia RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie szczególnych kategorii danych mojego/mojej …………………..………………………………………………………………………………. (*imię, nazwisko dziecka, osoby zależnej, podopiecznego/ej – stopień pokrewieństwa)* w zakresie:

* ……………………………………………………………………………………
* ……………………………………………………………………………………
* ……………………………………………………………………………………

przez Powiat Stargardzki, w imieniu którego jako Administrator danych działa Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Stargardzie, przy ul. Skarbowej 1, REGON 811804682, NIP 854-20-12-469**,** w celu realizacji Modułu III programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”.

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

………………………………………………..

data, czytelny podpis

## **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

## **Klauzula informacyjna**

1. Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu   
   i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania dostępnych na stronie internetowej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Stargardzie pod adresem [www.pcprstargard.pl](http://www.pcprstargard.pl).
2. Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/a o przysługujących mi prawach   
   w związku z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Stargardzie moich danych osobowych zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia RODO.
3. Oświadczam, że wypełniłem/am obowiązki informacyjne dostępne na stronie internetowej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Stargardzie pod adresem [www.pcprstargard.pl](http://www.pcprstargard.pl) przewidziane w art. 13 oraz art. 14 Rozporządzenia RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o dofinansowanie …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

………………………………………………..

data, podpis