

..... Inowrocław,

.....

(Imię i nazwisko Wnioskodawcy/ów)

.....

.....

(adres, telefon)

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Inowrocławiu

OŚWIADCZENIE KANDYDATA DO PEŁNIENIA FUNKCJI RODZINY ZASTĘPCZEJ

W związku ze złożeniem przeze mnie wniosku na kandydata do pełnienia funkcji rodziny zastępczej oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na zasadach określonych w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych w zbiorze danych osobowych prowadzonym przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Inowrocławiu. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizowanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Inowrocławiu zadań określonych ustawą o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 998 z późn. zm.). Jednocześnie oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/na o:

- adresie/siedzibie administratora danych osobowych, jakim jest Organizator Rodzinnej Pieczy Zastępczej tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Inowrocławiu,
- przysługujących mi uprawnieniach, a w szczególności o prawie wglądu do swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....
(podpis/y wnioskodawcy/ów)