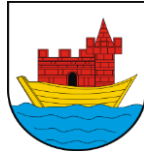




Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej



Program „Asystent osobisty osoby  
z niepełnosprawnością” dla  
Jednostek Samorządu  
Terytorialnego – edycja 2025 –  
finansowany ze środków  
Funduszu Solidarnościowego

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(imię i nazwisko osoby wyrażającej zgodę  
na przetwarzanie danych osobowych)

### ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Sępólnie, ul. Lipowa 1A, 11-210 Sępólno danych osobowych w celu realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych jest udzielona dobrowolnie na podstawie art. 6 ust. 1 lit a oraz art. 9 ust. 2 lit. a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej RODO).

Potwierdzam otrzymanie od Administratora Danych osobowych załącznika informacyjnego zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 RODO, z którym się zapoznałam/em i przyjąłam/em do wiadomości.

.....  
(podpis osoby wyrażającej zgodę)