

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Imię i nazwisko

Adres:

1) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci:

- | | | | |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| • mojego numeru telefonu | ☐ tak | ☐ nie | ☐ nie dotyczy |
| • mojego adresu e-mail | ☐ tak | ☐ nie | ☐ nie dotyczy |

dla potrzeb efektywnej i sprawnej realizacji złożonego wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych co będzie wpływać na ułatwienie komunikacji z Wnioskodawcą.

2) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci:

- | | | | |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| • mojego numeru telefonu | ☐ tak | ☐ nie | ☐ nie dotyczy |
| • mojego adresu e-mail | ☐ tak | ☐ nie | ☐ nie dotyczy |

dla potrzeb ewidencji złożonego wniosku w Systemie Obsługi Wsparcia (SOW), w którym dane udostępniane są na rzecz Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

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 korespondencji e-mailowej przesłanej na adres: pcpr@powiatlwówecki.pl, za pośrednictwem operatora pocztowego lub osobiście w sekretariacie tegoż Centrum. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem,

b) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lwówku Śląskim, informuje, że podane wyżej dane wykorzystywane będą jedynie na potrzeby realizacji zadania - dofinansowanie ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych i nie są udostępniane osobom i instytucjom nieupoważnionym. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lwówku Śląskim dokłada wszelkich starań aby Państwa dane były zabezpieczone i przetwarzane zgodnie z przepisami prawa.

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy, Przedstawiciela ustawowego,
Opiekuna prawnego, Pełnomocnika*)
*właściwe zaznaczyć