

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**  
**(dotyczące przetwarzania podanego numeru telefonu kontaktowego / adresu e-mail**  
**w celu komunikacji w trakcie realizacji zadania)**

Wyrażam zgodę na wykorzystywanie w zakresie podanego:

- numeru telefonu;

- adresu e-mail;

w celu komunikacji dotyczącej realizacji złożonego wniosku o dofinansowanie/pomoc w ramach programu „Aktywny samorząd” finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Żninie, przy ul. Szpitalnej 32, 88-400 Żnin, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1. Niniejsza zgoda jest dobrowolna i może być cofnięta w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

.....  
data i czytelny podpis ( Imię i Nazwisko )  
Właściciela nr telefonu kontaktowego/adresu e-mail

**Uwaga:**

Należy wypełnić w przypadku gdy Wnioskodawca wskaże numer telefonu /adres e-mail, którego nie jest właścicielem w formularzu wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”.