Sieraków, ………………………………………

………………………………………………………..

 (Imię i nazwisko)

**OŚWIADCZENIE**

**o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych do realizacji zadań w ramach umowy zlecenia w zakresie zadań „Asystenta osobistego osoby
z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2023.**

Na podstawie art. 6 ust. 1 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) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Sierakowie w celu: realizacji zadań w ramach umowy zlecenia w zakresie zadań asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

Ponadto oświadczam, że znana jest mi treść art. 7 ust. 3 ww. Rozporządzenia w sprawie ochrony danych o możliwości wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych w każdym czasie poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o wycofaniu zgody do Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej w Sierakowie. Mam świadomość, że wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem oraz, że wycofanie zgody powoduje zakończenie udziału w rekrutacji.

 ………………………………………………………………..

 (czytelny podpis)