

**MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W MALBORKU**

**ul. Słowackiego 74 82-200 Malbork**

**tel./fax.: 647-27-81, 647-16-11, 647-16-08**

---

.....  
Miejscowość, data

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie moich danych osobowych, na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U z 1997r. Nr 133 poz.883) w zbiorze danych osobowych prowadzonym przez:

**MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W MALBORKU**

dla celów związanych z ustaleniem uprawnień do świadczeń rodzinnych, w oparciu o ustawę z dnia 28 listopada 2003r o świadczeniach rodzinnych (Dz.U z 2003r. nr 228, poz.2255 z późn. zmianami).

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości fakt, że przysługuje mi prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo ich poprawiania- tj. uprawnienia wynikające z art.24 ust.1 oraz art.32 ustawy o ochronie danych osobowych.

.....  
( podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

.....  
( data i podpis składającego oświadczenie)

