

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)

