

**MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W MALBORKU**  
**ul. Słowackiego 74                      82-200 Malbork**  
**tel./fax.: 647-27-81, 647-16-11, 647-16-08**

---

Malbork, dnia .....

**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 z funduszu alimentacyjnego, w oparciu o ustawę z dnia 7 września 2007r. o pomocy osobom uprawnionym do alimentów (Dz. U. Nr 192 poz. 1378 z póź. zm.).

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.

.....  
(data i podpis pracownika przyjmującego oświadczenie)

.....  
(data oraz czytelny podpis oświadczającego)