

.....  
*/imię i nazwisko opiekuna osoby niepełnosprawnej/*

.....  
*/adres zamieszkania/*

.....  
*/dowód osobisty lub Pesel/*

## **OŚWIADCZENIE opiekuna osoby niepełnosprawnej**

Jako opiekun osoby niepełnosprawnej .....

*/imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej/*

oświadczam, że\*:

1.  nie będę pełnił/a/ funkcji członka kadry na tym turnusie
2.  nie jestem osobą niepełnosprawną, wymagającą opieki innej osoby
3.  ukończyłem/am/ 18 lat lub
4.  ukończyłem/am/ 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej

.....  
*/podpis opiekuna osoby niepełnosprawnej/*

### **Zgoda na przetwarzanie danych osobowych w oparciu o RODO**

(Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osob 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, Dz.Urz. UE L. z 2016 r., nr 119/1)

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ełku z siedzibą w 19-300 Ełk, ul. J. Piłsudskiego 5 w celu uzyskania wsparcia i pomocy.
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem (-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich zmiany, poprawiania i wycofania.

.....  
*/podpis opiekuna osoby niepełnosprawnej/*

\*Właściwe zakreślić