**……………………………………………………………**

*(Imię i nazwisko pełnoletniego członka rodziny,
 którego dotyczy oświadczenie)*

**OŚWIADCZENIE
O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH.**

W związku z przystąpieniem do Programu Zachodniopomorska Karta Rodziny realizowanego przez Samorząd Województwa Zachodniopomorskiego w ramach Wojewódzkiego Programu Wspierania Rodziny i Systemu Pieczy Zastępczej na lata 2014 – 2020 pn. Region dla Rodziny, przyjętego Uchwałą Nr XXXVIII/517/14 Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego w dniu 30 września 2014 r., przyjmuję do wiadomości, że:

1) administratorem moich danych osobowych jest Województwo Zachodniopomorskie z siedzibą: Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego ul. Korsarzy 34, 70-540 Szczecin;

2) podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 1 lub art. 27 ust.2 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.);

3) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Programu Zachodniopomorska Karta Rodziny/Zachodniopomorska Karta Seniora;

4) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Gminie Dobra z siedzibą ul. Szczecińska 16A, 72-003 Dobra;

5) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości przystąpienia do Programu i otrzymania Karty;

6) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

………………………………………………………………………………

CZYTELNY PODPIS OSOBY SKŁADAJĄCEJ OŚWIADCZENIE

…………………………………………………………………

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

- W przypadku osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej rodzica lub prawnego opiekuna. W przypadku osoby pełnoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane osobiście lub za okazaniem upoważnienia w sytuacji składania oświadczenia za pełnoletniego członka rodziny.