.....

miejscowość, data

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie moich danych osobowych, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), w zbiorze danych osobowych prowadzonym przez:

.....

nazwa instytucji w której gromadzone są dane osobowe

dla celów związanych z ustaleniem uprawnień do świadczeń rodzinnych, w oparciu o ustawę z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo ich poprawiania - t.j. uprawnienia wynikające z art. 15 i 16 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r., wprowadzonego w życie ustawą o Ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 r. poz. 1000 z dnia 10 maja 2018 r.).

.....

podpis osoby przyjmującej oświadczenie

.....

data i podpis składającego oświadczenie

„DruX" tel. 61 819-44-64(65), fax 898-38-45 **OPS SR 012**