**Spełnienie obowiązku informacyjnego**

**( przy zbieraniu danych od osób, których one dotyczą )**

 W związku z treścią art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych ( tj. Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 z późn. zm. ) informuję, iż administratorem przekazanych przez Panią/Pana danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczytnie przy ul. Konopnickiej 70**.

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu **przyznania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**.

Dane osobowe nie będą udostępniane podmiotom innym niż uprawnione na mocy przepisów prawa.

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawienia. Zebrane dane osobowe zostały przez Panią/Pana podane dobrowolnie w związku z obowiązkiem wynikającym z **Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych ( Dz. U. Nr 230, poz. 1694 )**

 Zostałem poinformowany

 ……………………………………………………………………………………..
 ( data i czytelny podpis osoby informowanej )