………………………………………………………………………………………………………….
 ( imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie )

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
 ( adres: nr kodu, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania )

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

 Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych obecnie
i w przyszłości przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczytnie, zgodnie
z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych ( Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 ze zm. ).

………………………………………………… ……………………………………………
 miejscowość i data czytelny podpis