**OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\* na przetwarzanie moich danych osobowych dotyczących mojej sytuacji zdrowotnej, rodzinnej i materialnej na potrzeby Ośrodka Wsparcia w Leopoldowie oraz Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Rykach
w związku z przygotowaniem dokumentacji wymaganej w celu kwalifikacji do uczestnictwa w Ośrodku Wsparcia w Leopoldowie.

…………………………….. …………………………….
(miejscowość i data) ( czytelny podpis )

\*właściwe podkreślić