

.....
Imię i nazwisko

.....
Miejscowość, data

.....
Adres

Powiatowe Centrum

Pomocy Rodzinie

11 Listopada 2a

64-600 Oborniki

OŚWIADCZENIE

Uprzejmie proszę o przekazywanie pomocy pieniężnej na częściowe pokrycie kosztów utrzymania mał.

w rodzinie zastępczej na podane konto osobiste:

BANK

NR KONTA

.....
Data

.....
Podpis rodziny zastępczej

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie moich danych osobowych, na zasadach określonych w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE w celach związanych z działalnością Centrum. Informujemy, że:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Obornikach, ul. 11 Listopada 2a, 64-600 Oborniki.
- Administrator przetwarza dane osobowe osób, do których stosuje się ustawę o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1111 ze zm.), oraz członków ich rodzin w zakresie niezbędnym do realizacji zadań wynikających z tej ustawy.

.....
Podpis rodziny zastępczej