

**Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej  
w Jaworznie**  
43-600 Jaworzno, ul. Północna 9b  
tel. 32 618 18 40, fax 32 618 18 41

Jaworzno, dnia .....

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
( adres zamieszkania)

## **O Ś W I A D C Z E N I E**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie moich danych osobowych na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz.922) w zbiorze danych osobowych prowadzonym przez:

### **Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Jaworznie – Asystent Rodzinny.**

Celem przetwarzania danych osobowych jest realizowanie przez tutejszy Ośrodek zadań z zakresu pomocy społecznej w związku z ustawą z dnia 04 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za Życiem”.

#### **Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em poinformowana/ny o:**

1. adresie Ośrodka jako administratora danych osobowych;
2. przysługujących mi na podstawie ww. ustawy o ochronie danych osobowych uprawnieniach, a w szczególności o prawie wglądu do swoich danych i prawie ich poprawienia – tj. o uprawnieniach wynikających z art. 24 ust. 1 oraz art. 32 ustawy o ochronie danych osobowych.

.....  
(podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

.....  
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)