

## Załącznik Nr 5

.....  
(Imię i nazwisko osoby składającej wniosek)

.....  
(Miejscowość i data)

.....  
(Imię i nazwisko małżonka osoby składającej wniosek)

.....  
(dokładny adres zamieszkania)

.....  
(telefon kontaktowy)

### OŚWIADCZENIE

#### KANDYDATA DO PEŁNIENIA FUNKCJI RODZINY ZASTĘPCZEJ

Jako kandydat do pełnienia funkcji rodziny zastępczej, oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych przez **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gryficach, ul. Dworcowa 22, 72-300 Gryfice.**

Celem przetwarzania danych osobowych jest realizowanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gryficach zadań określonych ustawą z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

Jednocześnie oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/na o:

1. adresie/ siedzibie administratora danych osobowych, jakim jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gryficach - Organizator Rodzinnej Pieczy Zastępczej,
2. przysługujących mi na podstawie ww. ustawy o ochronie danych osobowych, uprawnieniach, a w szczególności o prawie wglądu do swoich danych i prawie ich poprawiania – tj. o uprawnieniach wynikających z art. 24 ust. 1 oraz art. 32 ustawy o ochronie danych osobowych.

.....  
(podpis osoby składającej oświadczenie)