...., dnia .....
imię i nazwisko

.....
adres

.....

Oświadczenie

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie we wniosku danych osobowych na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2015 poz. 2135) w zbiorze danych osobowych prowadzonym przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Rypinie.
Celem przetwarzania danych osobowych jest realizowanie przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Rypinie zadań określonych ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w zgodzie z ustawą kodeks postępowania administracyjnego.

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

1. adresie/siedzibie Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Rypinie jako administratora danych osobowych,
2. przysługujących mi na podstawie w/w 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.

Upoważnienie dla pracownika socjalnego- członka zespołu orzekającego do wglądu w dokumentację danej osoby we właściwym ośrodku pomocy społecznej i powiatowym centrum pomocy rodzinie

Wyrażam zgodę na wykorzystanie przez pracownika socjalnego - członka zespołu orzekającego informacji o mojej sytuacji socjalnej zawartych w dokumentacji ośrodka pomocy społecznej i powiatowego centrum pomocy rodzinie, które mogą być użyteczne przy orzekaniu o stopniu niepełnosprawności i przy określaniu wskazań dotyczących korzystania przeze mnie ze świadczeń, usług oraz ulg i uprawnień przysługujących na podstawie odrębnych przepisów, w tym ze świadczeń z pomocy społecznej.

Posiadam ważne prawo jazdy kategorii .....od.....

....
podpis pracownika przyjmującego wniosek data i podpis składającego oświadczenie i upoważnienie