Załącznik nr 2

FKA.332.04.2018.JH

...........................................................

...........................................................

...........................................................

Wykonawca (Imię, nazwisko, adres, pesel)

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku**

**ul. Wiatraczna 1**

**78-400 Szczecinek**

**OŚWIADCZENIE**

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych osobowych: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Szczecinku
ul. Wiatraczna 1, reprezentowane przez Dyrektora Małgorzatę Kubiak – Horniatko;
e-mail: pcprszczecinek@wp.pl, tel/fax: 947137101. w celu przeprowadzenia rekrutacji.
2. Podaje dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej (załącznik nr 8), w tym
z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

……………………………… ……………………………….

Miejscowość, data Podpis osoby składającej oświadczenie