……

Miejscowość, data

……

Imię, nazwisko

……..

Adres

……..

……

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wrocławiu, ul. Kościuszki 131, w celu złożenia wniosku o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON w ramach programu „Aktywny samorząd". Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej (treść http://www.pcpr.wroclaw.pl/ochronadanych-osobowych), w związku z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

……..

Czytelny podpis