

.....  
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 pilotażowego 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/ochrona-danych-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