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

*(imię i nazwisko)*

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

*(adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)*

 Oświadczam, że dobrowolnie i świadomie

wyrażam zgodę nie wyrażam zgody\*

 na przetwarzanie moich danych osobowych **dotyczących stanu zdrowia w załączonych dokumentach** dla potrzeb niezbędnych do uzyskiwania świadczeń z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych – **zapomogi losowej** przez Administratora: Starostę Powiatu Ropczycko – Sędziszowskiego z siedzibą w Ropczycach, ul. Konopnickiej 5, 39-100 Ropczyce. Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania prawie cofnięcia zgody w dowolnym momencie.

Administrator Danych Osobowych informuje, że osoba, której dane dotyczą, ma prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę poprzez przesłanie oświadczenia o wycofaniu zgody na adres siedziby Administratora lub e-mail: sekretariat@spropczyce.pl. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

\* -Właściwe zaznaczyć X

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *podpis wnioskodawcy*

ZAŁĄCZONO:

1. Dokumenty potwierdzające sytuację życiową, zdarzenie losowe, stan zdrowia, itp.:

…………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…….…………………………………………………………….

1. Inne dokumenty : ……………………………….………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………….