

Gdańsk, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(pesel)

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY
NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH
(dla celów rehabilitacji zawodowej i społecznej
oraz zatrudniania osób niepełnosprawnych)**

Oświadczam, że zgodnie z przepisami art. 6 ust. 1 lit. a w związku z art. 4 pkt 1 oraz art. 9 ust. 2 lit. a w związku z art. 9 ust. 1 - rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, opublikowanym w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej Nr 119/1 z dnia 4 maja 2016 r. (RODO) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych wrażliwych przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Gdańsku z siedzibą w Gdańsku przy ul. Leczkowa 1A w celu realizacji zadań określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o **rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych**.

Oświadczam, że zostałem poinformowany, iż klauzule informacyjne sporządzone zgodnie z przepisem art. 13 i 14 RODO przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Gdańsku jako administratora danych, są udostępnione:

- na tablicy informacyjnej znajdującej się w jego siedzibie oraz komórkach organizacyjnych znajdujących się poza jego siedzibą,
- na stronie internetowej Ośrodka pod adresem internetowym: <http://mopr.gda.pl/>,
- w Biuletynie Informacji Publicznej Ośrodka pod adresem internetowym: <http://www.bip.mopr.gda.pl/>.

.....
(podpis)