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,

− w [Biuletynie Informacji Publicznej Ośrodka](https://www.bip.mopr.gda.pl/index.php?idg=1&id=241&x=12).

…………………………………………

(podpis)