

O WIADCZENIE

Ja ni e j podpisany(na) o wiadczam:

1. Upowa niam kierownictwo placówek słu by zdrowia, wszystkich lekarzy, którzy mnie kiedykolwiek leczyli lub badali, a tak e inne osoby dysponuj ce danymi o moim stanie zdrowia, do udzielenia Gminnemu O rodkowi Pomocy Społecznej w Osieku wszelkich informacji dotycz cych mojego stanu zdrowia.
2. Wyra am zgod na przetwarzanie moich danych osobowych przez Gminny O rodek Pomo cy Społecznej w Osieku w tym tak e na ich udost pnianie poni szym podmiotom:(*)

Powiatowym lub Wojewódzkim Urz dom Pracy,

- Powiatowym lub Wojewódzkim Zespołom ds. Orzekania o Niepełnosprawno ci,
- Powiatowym i Wojewódzkim Centrum Pomocy Rodzinie,
- Zakładom Ubezpiecze Społecznych,
- oraz innym podmiotom, z którymi współpracuje o rodek pomocy dla celów pomocowych, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 1997r. nr 133, poz. 883).

3. O wiadczam, e zostałem poinformowany (zostałam poinformowana) o poni szym:
 - a) administratorem moich danych osobowych jest GOPS z siedzib w Osieku, ul. Główna Nr 125,
 - b) celem zbierania przez administratora danych osobowych od klienta jest prowadzenie prawidłowej i sprawnej obsługi klienta z zakresu pomocy społecznej okre lonej w ustawie o pomocy społecznej oraz jest to niezb dne do wykonania statutowych zada Gminnego O rodka Pomocy Społecznej,
 - c) moje dane osobowe b d przekazywane wyl cznie osobom działaj cym na rzecz GOPS Osiek,
 - d) mam prawo wgl du do swoich danych osobowych zebranych przez administratora danych oraz prawo do ich poprawiania i uzupełniania zgodnie z aktualnym stanem.

4. Niniejsze o wiadczenie składam dobrowolnie.

*) ewentualnie wykre li podmioty na które brak zgody

.....
(podpis klienta)

.....
(data wypełnienia)