*Załącznik Nr 3 do Regulaminu*

*realizacji usługi opieki wytchnieniowej*

*w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla JST — edycja 2024*

*przez Miejskie Centrum Wsparcia w Szczecinku*

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Działając w imieniu własnym wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w dokumentach, pn. Karta zgłoszenia, Karta realizacji usługi oraz orzeczeniu o niepełnosprawności zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady ( UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. ( ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U. z 2018 r., poz. 1000 z późn. zm.) **przez Miejskie Centrum Wsparcia z siedzibą w Szczecinku ( 78- 400), ul. Połczyńska 2 A** i przyjmuję do wiadomości, że celem przetwarzania ww. danych jest realizacja Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2024.

Oświadczam również, że podanie danych jest dobrowolne, oraz że zgoda może być cofnięta w dowolnym czasie. Jednak brak wyrażenia zgody na ich przetwarzanie lub jej cofnięcie skutkują brakiem możliwości korzystania z usług.

Zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej.

………………………………………………..

miejscowość, data i czytelny podpis