………………………………………

(*imię i nazwisko*)

………………………………………

*(adres)*

………………………………………

**Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z art.6 RODO**

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych: **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Suwałkach** przy ul. Świerkowej 60, tel. 87/565-92-80, adres e-mail: [pcpr@powiat.suwalski.pl](mailto:pcpr@powiat.suwalski.pl) w celu realizacji zadań określonych ustawą o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej oraz ustawą o pomocy społecznej zleconych Centrum przez podmioty uprawnione na podstawie obowiązujących przepisów.
2. Podaje dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem(am) się z treścią klauzuli informacyjnej umieszczonej na stronie [www.pcpr.suwalski.pl](http://www.pcpr.suwalski.pl) odczytanej na żądanie strony, w tym z informacją o administratorze moich danych osobowych, podstawie przetwarzania, podmiotach uprawnionych do ich przetwarzania, okresie przechowywania danych, celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia po ustaniu okresu archiwizacji, ograniczeniu przetwarzania, wniesieniu sprzeciwu wobec przetwarzania, przenoszeniu danych a także o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

…………………………….. …………………………………….

*(miejscowość, data)*  *(czytelny podpis)*