…………………………………

 Miejscowość i data

……………………………………………..

Imię i nazwisko

……………………………………………..

……………………………………………..

Adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIA**

1. **Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie** przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Limanowej w systemach informatycznych, skorowidzach, teczkach osobowych, wykazach i innych zbiorach ewidencyjnych **moich** **danych osobowych.**

Potwierdzam uzyskanie informacji:

1. **Administratorem** Pana/Pani danych osobowych **jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Limanowej,** z siedzibą w Limanowej przy ul. Józefa Marka 9, adres e – mail: pcpr@powiat.limanowski.pl; numer telefonu: 18 3375826**.**
2. W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Limanowej został powołany **inspektor ochrony danych**, z którym można się skontaktować: **mstachowicz25@gmail.com**
3. **Ma Pani/Pan prawo**dostępu do swoich danych, ich sprostowania, żądania ich usunięcia, prawo ograniczenia przetwarzania i prawo przenoszenia danych. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeżeli Pana/Pani dane są przetwarzane niezgodnie z wymogami prawnymi.
4. **Dane będą przetwarzane w celu prowadzenia spraw związanych z wolontariatem na rzecz rodzin zastępczych.**
5. **Podstawą prawną przetwarzania Pana/Pani danych**  jest art. 6 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) w zw. z przepisami w/w ustawy.
6. Pana/Pani dane nie będą udostępniane odbiorcom innym niż upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
7. Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane zgodnie z ustawą o narodowym zasobie archiwalnym
i archiwach oraz instrukcją kancelaryjną obowiązującą w PCPR (10 lat).
8. **Podanie danych jest dobrowolne,**jednakże ich niepodanie uniemożliwi Administratorowi wykonywanie jakichkolwiek działań w odniesieniu do Pana/Pani osoby.

 …………………………….. ………………………………

 Podpis opiekuna prawnego Podpis oświadczającego