



## Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej

Kołobrzeg, dnia .....

Imię i nazwisko : .....

PESEL: .....

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że :

Pan/Pani (imię i nazwisko).....

PESEL : .....

Sprawował/a bezpośrednią opiekę nad osobą niepełnosprawną .....

w okresie od.....do.....

w łącznej liczbie godzin.....

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wychnieniowa” – edycja 2021 (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. oraz ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019r. poz. 1781).

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią Regulaminu określającego zasady realizacji Programu „Opieka wychnieniowa” – edycja 2021.

.....  
Podpis oświadczającego

Program Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej  
„Opieka wychnieniowa” – edycja 2021  
Finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego