

## UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisana/ny ..... zam.....  
Legitymująca/y się dowodem osobistym Seria Nr.....  
Wydany przez .....

### UPOWAŻNIAM

..... zam. ....  
Legitymująca/y się dowodem osobistym Seria Nr.....  
Wydany przez .....

Do reprezentowania mnie we wszelkich formalnościach związanych z ubieganiem się o dofinansowanie ze środków PFRON i do odbioru przyznanej kwoty dofinansowania w ramach zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych realizowanych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem.

**Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\*** na odbiór informacji o terminie rozpatrzenia wniosku przez w/w upoważnioną osobę.

.....

.....

( podpis osoby niepełnosprawnej )

( podpis osoby upoważnionej )

### **Klauzula informacyjna**

Na podstawie art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 oraz zgodnie z art. 158 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz.U.2019 r. poz. 1781) informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem, ul. Heleny Modrzejewskiej 5, 34-500 Zakopane.
2. Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji ustawowych zadań urzędu.
3. Administrator danych osobowych może je przekazać upoważnionym podmiotom na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
4. Dane nie będą przekazywane odbiorcy w państwie trzecim ani też organizacji międzynarodowej, nie będą również podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
5. Klienci Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem mają prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, zrządzenia zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.
6. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny, wynikający z przepisów prawa.

Ja, niżej podpisana/ny **wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem, ul. Heleny Modrzejewskiej 5 moich danych osobowych w postaci: imienia i nazwiska, adresu zamieszkania, daty urodzenia, nr PESEL, numeru telefonu oraz danych rachunku bankowego.**

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych jest udzielona dobrowolnie na podstawie art. 6 ust. 1 lit a) oraz art. 9 ust. 2 lit. a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady(UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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, dalej RODO).Potwierdzam otrzymanie od Administratora Danych osobowych załącznika informacyjnego zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 RODO, z którym się zapoznałam/em i przyjąłam/em do wiadomości.

Data: .....

.....

( podpis osoby upoważnionej )