Bełchatów, dnia……………………………………………………….

 …………………………………………………….

 Imię i Nazwisko

 …………………………………………………….

Adres

 ……………………………………………………

Adres

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Czy wyraża Pan/Pani zgodę na przetwarzanie danych osobowych, tj. numeru telefonu kontaktowego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bełchatowie w celu realizacji wniosku na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2018, poz. 511, z późn. zm.) oraz aktów wykonawczych do ustawy.

|  |
| --- |
|  |

**TAK Nr telefonu………………………………………………………………………………**

|  |
| --- |
|  |

**NIE**

**………………………………………………………..**

**Czytelny podpis**