

Skarżysko-Kamienna, dn.

OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko

Zamieszkały/a, ul.

Seria i nr dowodu osobistego, PESEL

Jestem świadomy/ma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Oświadczam, że nie pobieram dodatku pielęgnacyjnego z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych ani żadnej innej instytucji oraz oświadczam, że nie toczy się postępowanie w sprawie ustalenia prawa do w/w dodatku.

W przypadku otrzymania dodatku pielęgnacyjnego zobowiązuje się bezzwłocznie poinformować tut. Ośrodek.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z pouczeniami we wniosku oraz, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych na zasadach określonych w ustawie z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. 2019 poz. 1781) w zbiorze danych osobowych prowadzonych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Skarżysku-Kamiennej, Dział Świadczeń Rodzinnych z siedzibą przy ul. Prusa 3A **do celów związanych z ustaleniem prawa do wnioskowanego świadczenia.**

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości fakt, iż przysługuje mi prawo do wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do nanoszenia zmian – tj. **uprawnienia wynikające z Rozporządzenie 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).**

.....

.....

(podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

(podpis osoby składającej oświadczenie)