

Data.....

.....
/imię i nazwisko/

.....
/adres/

.....
/tel. kontaktowy/

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na podjęcie przez Zespół Interdyscyplinarny działający przy Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Gostyninie działań na rzecz mojej osoby/rodziny.

Wyrażam zgodę na udostępnienie i posługiwanie się moimi danymi w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia wniosku i podejmowania działań uznanych przez Zespół za konieczne w celu rozwiązania zgłoszonego problemu (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych(Dz. U. z 2002r., Nr 101, poz.926).

.....

(czytelny podpis udostępniającego dane)

Dla potrzeb Zespołu Interdyscyplinarnego przekazuję kserokopię poniższych dokumentów:

.....
.....
.....
.....

.....

/podpis/