

## ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisana/podpisany

.....  
**imię i nazwisko**

wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Świeciu, ul. Wojska Polskiego 195a, 86-100 Świecie, danych osobowych podanych przeze mnie dobrowolnie w dokumentach aplikacyjnych, wykraczających poza zakres danych niezbędnych do przeprowadzenia postępowania dotyczącego wyboru osoby do świadczenia usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

Zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany, że zgoda jest dobrowolna i może zostać cofnięta w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych dokonanego na jej podstawie przed jej cofnięciem.

.....  
**miejsowość i data**

.....  
**czytelny podpis kandydata**