

Dane kontaktowe wnioskującego , dnia

Imię i nazwisko.....

Adres.....

Numer telefonu.....*

Starostwo Powiatowe

w Pile

Wydział.....

OŚWIADCZENIE

o wyrażeniu/cofnięciu zgody na przetwarzanie danych osobowych**

podanych dobrowolnie

W związku z realizacją wymogów 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 „RODO”), **wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę/cofam wyrażoną zgodę**** na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w celu.....

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

Proszę o usunięcie moich danych osobowych

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

.....

(podpis oświadczającego)

*pole nieobowiązkowe, podanie numeru telefonu przyspieszy kontakt, zgoda na przetwarzanie numeru telefonu może zostać cofnięta w każdym czasie

**niewłaściwe skreślić