

*Program Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020 - wsparcie finansowe
ze środków pochodzących z Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych*

Załącznik nr 3
do formularza ofertowego

(imię i nazwisko)

(miejscowość, data)

(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji postępowania na świadczenie usług Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem 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 (RODO).

(podpis kandydata)