

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Na podstawie art. 6a 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 RODO (Dz.U. UE.L. z 2016 r. Nr 119, poz. 1).

☐

wyrażam zgodę

☐

nie wyrażam zgody

na przetwarzanie moich danych osobowych:

- a) imię i nazwisko,
- b) numer PESEL,
- c) adres do korespondencji,
- d) numer telefonu,
- e) adres e-mail,
- f) stan cywilny oraz ustrój majątkowy,
- g) stan zdrowia,
- h) otrzymane wynagrodzenie lub zasiłek **w celu uczestniczenia w działalności Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej przy Urzędzie Miejskim w Czaplinku .**

.....
(czytelny podpis)