

## **Oświadczenie opiekuna osoby niepełnosprawnej**

### **I. Dane osobowe:**

Imię i nazwisko: .....

PESEL/nr dowodu tożsamości: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

Nr telefonu<sup>1</sup>: .....

### **II. Oświadczenie:**

Jako opiekun osoby niepełnosprawnej .....  
(imię i nazwisko uczestnika turnusu)

zobowiązuję się do sprawowania nad nią stałej opieki w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego.

Ponadto:

Oświadczam, że nie będę pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie.

Oświadczam, że nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby.

Oświadczam, że w bieżącym roku kalendarzowym nie korzystam z dofinansowania, jako uczestnik turnusu rehabilitacyjnego.

Oświadczam, że mam ukończone 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej<sup>2</sup>.

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis Opiekuna)

**Pouczenie:** Informuję, że ma Pani/Pan prawo w każdym momencie wycofać wyrażoną zgodę bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano przed jej wycofaniem. W celu wycofania zgody, proszę skontaktować się z wyznaczonym inspektorem ochrony danych pod adresem: [iod@odosc.pl](mailto:iod@odosc.pl).

<sup>1</sup> Dane nieobowiązkowe.

<sup>2</sup> Dotyczy osób poniżej 18 roku życia.

## Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych, ja, niżej podpisana/y, ....., wyrażam zgodę na przetwarzanie przez **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Wyszkanie** (07-202), przy ul. Świętojańskiej 82A, reprezentowane przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wyszkanie (Administrator Danych Osobowych) **moich nieobowiązkowych danych osobowych** zawartych w niniejszym formularzu w celu późniejszych kontaktów w przedmiotowej sprawie.

TAK       NIE

Wyszkanie, dnia ..... r. ....  
(czytelny podpis Opiekuna)

### **Warstwowa klauzula informacyjna:**

*Na podstawie art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (dalej: „RODO”) informuję, że administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wyszkanie (ul. Świętojańska 82A, 07-202 Wyszkanie), reprezentowane przez Dyrektora. We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych może się Pani/Pan skontaktować się z inspektorem ochrony danych dostępnym pod adresem: [iod@odosc.pl](mailto:iod@odosc.pl). Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celach związanych ze sprawowaniem stałej opieki nad osobą niepełnosprawną w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO (przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze) oraz, w przypadku wyrażenia przez Panią/Pana zgody na przetwarzanie nieobowiązkowych danych osobowych, w celach realizacji kontaktu pozostających w związku z w/w zadaniem – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO. Pełna treść klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania Pani/Pana danych osobowych znajduje się w siedzibie Administratora oraz na stronie internetowej pod adresem: [www.pcpr-wyszkow.pl/rodo](http://www.pcpr-wyszkow.pl/rodo).*