

Bydgoszcz, dnia .....

.....  
(nazwisko i imię składającego oświadczenie)

.....  
(adres zamieszkania)

### OŚWIADCZENIE

Na podstawie art. 23 ust. 1, pkt 1, ust. 2 i art. 27 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych – również w przyszłości – przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bydgoszczy, polegających na zbieraniu, utrwalaniu, przechowywaniu, opracowaniu, zmienianiu, udostępnianiu i usuwaniu informacji dotyczących mojej osoby, w celu prowadzenia postępowania o udzielenie świadczeń z pomocy społecznej w zakresie wymaganym ustawą z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz. U. z 2017 r., poz. 1769 z późn. zm.).

Ponadto wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dotyczących stanu mojego zdrowia w zakresie niezbędnym do ustalenia i uzyskania świadczenia z pomocy społecznej w przypadku, gdy uzyskanie danych o stanie zdrowia stanowi konieczną przesłankę ustalenia prawa do świadczenia.

.....  
(czytelny podpis)

.....  
(pieczęć i podpis pracownika)