**Załącznik nr 2**

**do procedury kwalifikowania**

………………………………………… …………………………………

(imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie) (Miejscowość i data)

(miejsce zamieszkania)

 (PESEL)

##### OŚWIADCZENIE

**KANDYDATA DO PEŁNIENIA FUNKCJI RODZINY ZASTĘPCZEJ**

W związku ze złożeniem przeze mnie wniosku o pełnienie funkcji rodziny zastępczej oświadczam, iż **wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych** na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016r. poz. 922) w zbiorze danych osobowych prowadzonym przez **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu, 99–400 Łowicz, ul. Podrzeczna 30**

Celem przetwarzania danych osobowych jest realizowanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu zadań określonych ustawą z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (t.j. Dz. U. 2021 poz. 821).

Jednocześnie oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/na o:

1. adresie/siedzibie administratora danych osobowych, jakim jest Organizator Rodzinnej Pieczy Zastępczej tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu,

2. przysługujących mi na postawie ww. ustawy o ochronie danych osobowych uprawnieniach, a w szczególności o prawie wglądu do swoich danych i prawie ich poprawiania, tj. o uprawnieniach wynikających z art. 24 ust. 1 oraz art. 32 ustawy o ochronie danych osobowych.

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

(podpis osoby składającej oświadczenie