Imię i nazwisko ………………………………….

Adres: ………………………………….

Oświadczam, że zostałem poinformowany o tym, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wysokiem Mazowieckiem, 18-200, ul. Mickiewicza 1, kontakt [ado@pcprwysokiemazowieckie.pl](mailto:ado@pcprwysokiemazowieckie.pl) lub tel. 86 3067208.
2. PCPR powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych, kontakt [iod@pcprwysokiemazowieckie.pl](mailto:iod@pcprwysokiemazowieckie.pl) lub pisemnie na adres urzędu.
3. Dane są przetwarzane w **celu** korzystania z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej.
4. Podstawą prawną przetwarzania jest dobrowolna **zgoda** osoby, której danej dotyczą.
5. Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa lub przyznania świadczeń.
6. Dane będą przechowywane przez okres realizacji świadczenia, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
7. Przysługuje mi prawo dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, wycofania zgody w dowolnym momencie, przy czym nie wpływa to na wcześniejszą zgodność z prawem przetwarzania danych.
8. Przysługuje mi również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Dane nie są przekazywane do państw trzecich.
10. W PCPR nie jest stosowane zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie.

data: …………………………….. podpis: ………………………………....