

**Data wpływu do Urzędu Miasta
Świnoujście**

....., dnia

.....
(IMIĘ I NAZWISKO WNIOSKODAWCY)

.....
(ulica, nr domu, nr mieszkania)

.....
(kod pocztowy, nazwa miejscowości)

.....
(numer telefonu)

W N I O S E K

o wydanie Zachodniopomorskiej Karty Rodziny

Wnoszę o wydanie sztuk Zachodniopomorskiej Karty Rodziny

Proszę zaznaczyć odpowiednio:

Nowe Karty duplikaty

Oświadczam, że moja rodzina składa się z następujących osób wspólnie zamieszkałych pod wyżej wskazanym adresem:

1.
(imię, nazwisko, PESEL Wnioskodawcy)
 Rodzic
 Dziecko (terminowo bezterminowo*)
2.
(imię, nazwisko, PESEL, stopień pokrewieństwa w stosunku do Wnioskodawcy)
 Rodzic
 Dziecko (terminowo bezterminowo*)
3.
(imię, nazwisko, PESEL, stopień pokrewieństwa w stosunku do Wnioskodawcy)
 Rodzic
 Dziecko (terminowo bezterminowo*)
4.
(imię, nazwisko, PESEL, stopień pokrewieństwa w stosunku do Wnioskodawcy)
 Rodzic
 Dziecko (terminowo bezterminowo*)
5.
(imię, nazwisko, PESEL, stopień pokrewieństwa w stosunku do Wnioskodawcy)
 Rodzic
 Dziecko (terminowo bezterminowo*)
6.
(imię, nazwisko, PESEL, stopień pokrewieństwa w stosunku do Wnioskodawcy)
 Rodzic
 Dziecko (terminowo bezterminowo*)
7.
(imię, nazwisko, PESEL, stopień pokrewieństwa w stosunku do Wnioskodawcy)
 Rodzic

- Dziecko (terminowo bezterminowo*)
8.
(imię, nazwisko, PESEL, stopień pokrewieństwa w stosunku do Wnioskodawcy)
 Rodzic
 Dziecko (terminowo bezterminowo*)
9.
(imię, nazwisko, PESEL, stopień pokrewieństwa w stosunku do Wnioskodawcy)
 Rodzic
 Dziecko (terminowo bezterminowo*)
10.
(imię, nazwisko, PESEL, stopień pokrewieństwa w stosunku do Wnioskodawcy)
 Rodzic
 Dziecko (terminowo bezterminowo*)

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH.

W związku z przystąpieniem do Programu Zachodniopomorska Karta Rodziny realizowanego przez Samorząd Województwa Zachodniopomorskiego w ramach Wojewódzkiego Programu Wspierania Rodziny i Systemu Pieczy Zastępczej na lata 2014 – 2020 pn. Region dla Rodziny, przyjętego Uchwałą Nr XXXVIII/517/14 Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego w dniu 30 września 2014 r., przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Województwo Zachodniopomorskie z siedzibą: Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego ul. Korsarzy 34, 70-540 Szczecin;
- 2) podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 1 lub art. 27 ust.2 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.);
- 3) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Programu Zachodniopomorska Karta Rodziny;
- 4) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania /wstawić dane teled adresowe GMINY;
- 5) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości przystąpienia do Programu i otrzymania Karty;
- 6) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i danych osobowych pozostałych członków rodziny **) w zakresie określonym w niniejszym wniosku dla celów związanych z realizacją Programu Wspierania Rodziny i Systemu Pieczy Zastępczej na lata 2014 – 2020 pn. Region dla Rodziny i dla potrzeb wydania Karty/Kart.

.....
CZYTELNY PODPIS OSOBY SKŁADAJĄCEJ OŚWIADCZENIE

..... MIEJSCOWOŚĆ I DATA

- W przypadku osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej rodzica lub prawnego opiekuna. W przypadku osoby pełnoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane osobiście lub za okazaniem upoważnienia w sytuacji składania oświadczenia za pełnoletniego członka rodziny.

Miejsce na potwierdzenie przez Urząd Miasta Świnoujście
danych zawartych we wniosku

**Potwierdzam zgodność danych
(miejsce zamieszkania, PESEL-e oraz liczba osób w rodzinie),
zawartych we wniosku o Zachodniopomorską Kartę Rodziny**

**Potwierdzam spełnienie warunków do wydania ww. osobom
Zachodniopomorskich Kart Rodziny**

.....
data

.....
podpis pracownika

.....
pieczęć urzędu

Jednocześnie oświadczam, że:

- 1) Dane zawarte we wniosku oraz oświadczenia są zgodne z prawdą, i stanem faktycznym na dzień składania wniosku – w związku z tym jestem świadomy / a odpowiedzialności za składanie nieprawdziwych oświadczeń oraz zobowiązuję się niezwłocznie poinformować o wszelkich zmianach danych zawartych w niniejszym wniosku;
- 2) Zapoznałem się/zapoznałam się w warunkami otrzymania Karty oraz z zapisami Regulaminu Zachodniopomorskiej Karty Rodziny.
- 3) Zostałam poinformowana / zostałem poinformowany, że Karta ma charakter osobisty i nie może być użyczana, bądź odstępowana nieuprawnionym osobom.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

Wnoszę o następującą formę odbioru Karty: (właściwe zaznaczyć **X**)

listownie na adres wskazany w niniejszym wniosku

osobiście w siedzibie Urzędu, w którym składam niniejszy wniosek.

* zwycięzca konkursów naukowych o randze międzynarodowej lub posiadających orzeczenie o niepełnosprawności.

** za osobę niepełnoletnią lub ubezwłasnowolnioną zgodę wyraża opiekun prawny.