…………………………………………

*imię i nazwisko*

…………………………………………

…………………………………………

*adres zamieszkania*

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie zawartych we wniosku danych osobowych moich i mojego dziecka, przez Prezydenta Miasta Świnoujście, ul. Wojska Polskiego 1/5, 72-600 Świnoujściu, w celu organizacji dowozu mojego dziecka do przedszkola/szkoły/placówki\*.

Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych, prawie ich poprawiania, prawie sprzeciwu, prawie zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych oraz prawie do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Klauzula informacyjna znajduje się na stronie internetowej <http://bip.um.swinoujscie.pl/sprawa-do-zalatwienia/24717/dowoz-dzieci-niepelnosprawnych-do-szkol-przez-rodzicow-opiekunow-prawnych>.

Świnoujście, dnia ……………………… ……………………………………………….

*(czytelny podpis)*

* niepotrzebne skreślić