

OŚWIADCZENIE WSPÓŁMAŁŻONKA WNIOSKODAWCY

Ja, niżej podpisana/y.....,

PESEL:.....,

zamieszkała/y.....,

oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Szczecinie w celu niezbędnym do zawarcia umowy o zwrot kosztów przystosowania stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej przez mojego męża / moją

żonę.....

(art. 6 ust. 1 lit. a) zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r. str.1, ze zm.).

.....

Miejscowość i data

.....

Czytelny podpis składającego oświadczenia