

Kędzierzyn-Koźle, dnia

.....  
(imię nazwisko)

.....  
(adres)

47- Kędzierzyn-Koźle

.....  
(PESEL)

### ZGODA

Zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1,2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych będących w posiadaniu Wojewódzkiego Zespołu ds. Orzeczenia o Niepełnosprawności w Opolu, orzeczenia nr ..... z dnia..... przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kędzierzynie-Koźlu.

.....  
(podpis)