

Kędzierzyn-Koźle, dnia.....

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

47-.....Kędzierzyn-Koźle

.....
(PESEL)

ZGODA

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c, art. 9 ust. 2 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r.) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych będących w posiadaniu Wojewódzkiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Opolu, orzeczenia nr z dnia przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kędzierzynie - Koźlu.

.....

(PODPIS)