

KLAUZULA

Ja, niżej podpisany/a:

(imię i nazwisko)

Zamieszkały/a:.....

(adres zamieszkania)

.....

PESEL:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zawartych w dokumentach aplikacyjnych przez Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Michałowice z siedzibą w Regułach przy ul. Al. Powstańców Warszawy 1, 05-816 Michałowice, w celu przeprowadzenia obecnego postępowania

.....

(miejscowość i data)

.....

(własnoręczny podpis kandydata)