

## 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

.....