

ZGODA

na przetwarzanie danych osobowych udzielana przez osobę, której dane dotyczą

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych:

Województwo Kujawsko-Pomorskie – Urząd Marszałkowski Województwa
Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu
NIP: 956-19-45-671, REGON: 871121290
Plac Teatralny 2, 87-100 Toruń, reprezentowany przez:
Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego

Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie w celu:

rozpatrzenia wniosku o przyznanie świadczenia na pomoc zdrowotną dla nauczycieli oraz nauczycieli po przejściu na emeryturę, rentę lub otrzymującym nauczycielskie świadczenie kompensacyjne szkół i placówek oświatowych prowadzonych przez Samorząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

Oświadczam, iż udostępnione Administratorowi dane są zgodne z prawdą, a także, że zostałem(am) poinformowany(a) na temat warunków przetwarzania moich danych osobowych.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis osoby, której dane dotyczą)