*Załącznik nr 2 do Regulaminu korzystania ze wsparcia dla opiekunów faktycznych*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
/miejscowość i data/

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYRAŻENIA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Ja, niżej podpisany/a, zgodnie z art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, wyrażam zgodę\* na przetwarzanie moich danych osobowych celem przeprowadzenia procesu rekrutacji do projektu pn. „**Równe szanse - kompleksowe usługi społeczno-zdrowotne na rzecz seniorów i osób z niepełnosprawnościami**”, dofinansowanego z programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 Priorytet 5. Fundusze europejskie dla silnego społecznie Pomorza (EFS+), Działanie 5.17. Usługi społeczne i zdrowotne.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
/czytelny podpis/

\* Udzielona przez Panią/Pana zgoda na przetwarzanie danych osobowych może zostać cofnięta   
w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie wyrażonej zgody przed jej cofnięciem.