…………………………………. ……………………………….

*imię i nazwisko* *miejscowość i data*

……………………………………………………

*adres zamieszkania*

**OŚWIADCZENIE**

**wnioskodawcy/ów**

Na podst. art. 8 ust 7 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2016 r., poz. 1860) w związku z art. 15 ust. 1 pkt. 13a ustawy z dnia
9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (tekst jednolity Dz. U.
z 2016 r., poz. 575 z późn. zm.)

**wyrażam zgodę na:**

* współpracę z asystentem rodziny,
* przetwarzanie przez asystenta rodziny moich danych osobowych niezbędnych do wykonywania zadań wynikających z ustawy,
* przekazywanie asystentowi rodziny informacji o udzielanym wsparciu przez podmioty, o których mowa w art. 2 ust. 2 ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, z wyłączeniem świadczeniodawców – tj. przez jednostki samorządu terytorialnego oraz jednostki organizacyjne realizujące wspieranie rodziny, o których mowa w ustawie o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej lub inne jednostki sektora finansów publicznych, w tym na zasadach, w sposób i w trybie przewidzianym w przepisach odrębnych.

……………………………………………

 czytelny podpis wnioskodawcy/ów