

.....
/miejscowość, data/

.....
/imię i nazwisko/

.....
/ulica, numer domu/

.....
/miejscowość/

.....
/Tel. Kontaktowy/

1. Wyrażam zgodę na podjęcie przez Zespół Interdyscyplinarny funkcjonujący przy Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w działań na rzecz mojej osoby / rodziny.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych do podjęcia działań przez Zespół Interdyscyplinarny, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926)
3. Dla potrzeb pracy Zespołu Interdyscyplinarnego przekazuję kserokopię następujących dokumentów:

.....
.....
.....
.....
.....

.....
/podpis/