Żarki dn. ………………………………………………….

Nazwisko: .............................................................

Imię: …………............................................................

Miejsce zamieszkania: ....................................................

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

OŚWIADCZENIE

 Ja, niżej podpisany, jako uczestnik Programu usuwania azbestu i wyrobów zawierających azbest z terenu gminy Żarki, działając zgodnie z *rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady ( UE) z 2016r /679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (RODO)* wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Gminę Żarki. Administratorem danych osobowych w rozumieniu ww. rozporządzenia jest Gmina Żarki z siedzibą w Żarkach, przy ul. Kościuszki 15/17.

Moja zgoda na przetwarzanie danych jest dobrowolna. Zostałem(am) poinformowany(a) o przysługującym mi prawie dostępu do moich danych i ich poprawiania .

………………………………………………

 (czytelny podpis)