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 1679 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)