............................ , dnia …………. .

(miejscowość)

……………………………………………………………………………

(Imię i Nazwisko wnioskodawcy)

……………………………………………………………………………

(Adres)

……………………………………………………………………………

(Adres e-mail)

……………………………………………………………………………

(Numer telefonu - jeśli jest przetwarzany. przez Administratora)

**Powiatowe Centrum**

**Pomocy Rodzinie w Opocznie**

(nazwa administratora)

**Ul. Kwiatowa 1a**

**26-300 Opoczno**

(Adres Administratora)

Na podstawie art. 7, 15 - 21 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), niniejszym:

Cofam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych O

Żądam niezwłocznego usunięcia moich danych osobowych ("prawo O

do bycia zapomnianym")

Wnoszę sprzeciw wobec przetwarzania moich danych osobowych O

Wnoszę o ograniczenie przetwarzania moich danych osobowych O

Wnoszę o sprostowanie moich danych osobowych O

Wnoszę o prawo dostępu do moich danych osobowych O

Wnoszę o prawo do przenoszenia moich danych osobowych O

……………………………………………………………………………………............... O

Moje dane osobowe przetwarzane są przez Administratora w następującym celu:

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

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

(należy wskazać cel przetwarzania danych osobowych, z której użytkownik pragnie się wypisać)

Uzasadnienie (jeśli jest wymagane):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………

(podpis wnioskodawcy)

*Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych: http://www.pcpropoczno.pl/ Menu: Ochrona danych osobowych*

**Część wniosku wypełniana przez pracownika PCPR w Opocznie**

l) Wniosek akceptuję/nie akceptuję":

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(należy wskazać powód braku akceptacji)

…………………………………………………..

(data)

…………………………………………………..

(podpis)

**2) Potwierdzenie pracownika, który zrealizował żądanie wnioskodawcy:**

……………………………………………………….

(data)

……………………………………………………….

(imię i nazwisko pracownika)

…………………………………………………..

(podpis pracownika)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3) Potwierdzenie poinformowania wnioskodawcy o spełnieniu/nie spełnieniu żądania\*:**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

(wskazanie formy powiadomienia np. list za potwierdzeniem odbioru)

……………………………………………………

(data poinformowania wnioskodawcy)

……………………………………………………………….

 (podpis pracownika)