Ostrów Wielkopolski, dnia ..... r.

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres zameldowania

.....
Adres pobytu

Data wpływu i nr wniosku
(wypełnia Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej)

Nr telefonu

Nr konta

WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA*/PRZYZNANIA ŚWIADCZENIA* Z POMOCY SPOŁECZNEJ

Proszę o wydanie*/przyznanie*:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Podpis klienta

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 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 - RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Kierownik Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Ostrowie Wielkopolskim z siedzibą: al. Powstańców Wielkopolskich 12; 63 - 400 Ostrów Wielkopolski.
2. Kontakt z inspektorem ochorny danych Panią Ewą Galińską jest możliwy poprzez tel. 531 641 425 lub e-mail: inspektor@osdidk.pl.
3. Celem przetwarzania Pana/i danych jest pomoc społeczna, a podstawą prawną przetwarzania jest ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (tj. Dz. U. 2020, poz. 1876 z późn. zm.).

.....
Podpis klienta