

.....  
/ imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie /

.....  
/ miejscowość i data /

.....  
/ miejsce zamieszkania /

### **Oświadczenie**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych o stanie zdrowia przez Zespół do Spraw Socjalnych Wydziału Kadr i Szkolenia Komendy Wojewódzkiej Policji w Bydgoszczy ul. Powst. Włkp.7 w celu i zakresie niezbędnym do przyznania pomocy socjalnej. Dane podaję dobrowolnie. Zostałem / zostałam\* poinformowany / poinformowana\*, iż dane gromadzone są w zbiorze manualnym w Zespole do Spraw Socjalnych Wydziału Kadr i Szkolenia KWP w Bydgoszczy, które po wykorzystaniu zostaną przekazane do archiwum KWP w Bydgoszczy.

Podstawa prawna: artykuł 27 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych ( tekst jednolity Dz. U. z 2002 r. Nr 101; poz. 926 z późn. zm. ).

Administratorem danych jest Komenda Wojewódzka Policji w Bydgoszczy, ul Powst. Włkp. 7, 85 – 090 Bydgoszcz.

.....  
/ podpis osoby składającej oświadczenie /

\* niepotrzebne skreślić