

.....
miejscowość, data

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie moich danych osobowych, na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 2135 ze zmianami) w zbiorze danych osobowych prowadzonym przez:

.....
nazwa instytucji w której gromadzone są dane osobowe

dla celów związanych z ustaleniem uprawnień do świadczenia wychowawczego, w oparciu o ustawę z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci (Dz. U. z 2016 r. poz. 195).

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości fakt, że przysługuje mi prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo ich poprawiania - t.j. uprawnienia wynikające z art. 24 ust. 1 oraz art. 32 ustawy o ochronie danych osobowych.

.....
podpis osoby przyjmującej oświadczenie

.....
data i podpis składającego oświadczenie

„DruX” tel. 61 819-44-64(65), fax 898-38-45 OPS SW 005

.....
(imię i nazwisko członka rodziny)

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE W ROKU KALENDARZOWYM POPRZEDZAJĄCYM OKRES ZASIŁKOWY

Oświadczam, że w roku kalendarzowym wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne wyniosła zł gr.

Oświadczam, że jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis członka rodziny składającego oświadczenie)