

Zgoda na przetwarzanie numeru telefonu/ adresu e-mail

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na przetwarzanie przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Wąbrzeźnie udostępnionych danych dotyczących: numeru telefonu/ adresu e-mail* podanych w niniejszym wniosku w celu otrzymywania w ten sposób informacji dotyczących wydania:

- orzeczenia o niepełnosprawności/ o stopniu niepełnosprawności/ o wskazaniach do ulg i uprawnień,
- legitymacji osoby niepełnosprawnej,
- karty parkingowej*

Zostałem poinformowany/a o prawie do wycofania zgody na przetwarzanie danych dotyczących: numeru telefonu/ adresu e-mail* w dowolnym momencie.

Wycofanie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pana/i zgody przed jej wycofaniem.

*właściwe zaznaczyć

Wąbrzeźno, dnia.....

.....

Podpis wnioskodawcy lub jego przedstawiciela ustawowego