

Załącznik nr 2 do Regulaminu „Banku Czasu” działającego w MGOPS w Busku-Zdroju

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO „BANKU CZASU”  
DZIAŁAJĄCEGO W MGOPS W BUSKU-ZDROJU**

Imię i nazwisko .....

Adres .....

Telefon .....

Osoba do kontaktu w przypadku nagłych wypadków (imię, nazwisko, telefon)

.....

Oświadczam, że osoba o której mowa powyżej wyraziła zgodę na przetwarzanie jej danych osobowych w celu wyżej wymienionym.

***OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY***

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), publ. Dz.Urz. UE L Nr 119, s.1 w celu uczestnictwa w programie „Bank Czasu” prowadzonym przez Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Busku-Zdroju.

.....

(data i czytelny podpis uczestnika)

Referencje:

1. ....

(nazwisko, imię)

*Potwierdzone przez:*

***Koordynatora/Kierownika Działu Aktywizacji i Integracji Dzieci i Młodzieży oraz Seniorów***

.....

(podpis)

Uwagi: .....

.....

.....

.....