

*(Miejscowość, data)*

*(imię i nazwisko)*

*(adres)*

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH PRZY ROZPATRYWANIU  
WNIOSKU O PRYZYCNANIE ŚWIADCZENIA  
SOCJALNEGO**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przy rozpatrywaniu przez Zachodniopomorskiego Komendanta Wojewódzkiego Państwowej Straży Pożarnej wniosku o przyznanie świadczenia socjalnego.

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em poinformowany o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych osobowych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.

(czytelny podpis)