

**Załącznik nr 2**

.....  
/miejsowość, data/

.....  
/imię i nazwisko/

.....  
/ulica, numer domu/

.....  
/miejsowość/

.....  
/tel. kontaktowy/

1. Wyrażam zgodę na podjęcie przez Zespołów Interdyscyplinarny funkcjonujący przy Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Wierzbicy działań na rzecz mojej osoby/ rodziny.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych do podjęcia działań przez Zespół Interdyscyplinarny, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U. z 2002r., Nr 101, poz. 926).
3. Dla potrzeb pracy Zespołu Interdyscyplinarnego przekazuję kserokopię następujących dokumentów:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
/podpis/