

UPOWAŻNIENIE DO KOORDYNACJI

Ja
(dane wnioskodawcy: imię, nazwisko , Pesel , adres zamieszkania)

upoważniam

Panią
(dane asystenta rodziny)

do występowania w moim imieniu na moje żądanie, do podmiotów o których mowa w art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 4 listopada 2016r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. Z dnia 17 listopada 2016r. poz. 1860) z wyłączeniem świadczeniodawców, w celu umożliwienia mi skorzystania ze wsparcia określonego w ustawie o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”.

Upoważnienie jest ważne na okres

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis udzielającego upoważnienia)

ZGODA

Ja
(dane wnioskodawcy: imię, nazwisko , Pesel , adres zamieszkania)

zgodnie z art. 8 ust. 3 pkt. 7 ustawy z dnia 4 listopada 2016r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. Z 2016r. poz. 1860), składając do kierownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sierakowicach wniosek o objęcie koordynacją wsparcia przez asystenta rodziny

wyrażam zgodę:

1. **na przetwarzanie przez asystenta rodziny moich danych osobowych** niezbędnych do wykonywania zadań wynikających z ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”.

2. **na przekazanie asystentowi rodziny** przez podmioty, o których mowa w art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 4 listopada 2016r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, z wyłączeniem świadczeniodawców, **informacji o udzielonym wsparciu.**

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis uprawnionego wnioskodawcy)