

Załącznik nr 2 do Regulaminu
Zespołu Interdyscyplinarnego

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(ulica, nr domu)

.....
(miejscowość)

.....
(tel. kontaktowy)

1. Wyrażam zgodę na podjęcie przez Zespół Interdyscyplinarny funkcjonujący przy Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Tychach 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 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014r., poz. 1182 ze zm.)
3. Dla potrzeb pracy Zespołu Interdyscyplinarnego przekazuję kserokopię następujących dokumentów:

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

.....
(podpis)