

Data:

KOD:

Oświadczenie o konieczności otrzymania pomocy żywnościowej

.....

Imię i nazwisko

.....

Nr telefonu lub e-mail

.....

Miejsce zamieszkania

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że istnieją przesłanki do objęcia mnie pomocą żywnościową świadczoną przez Związek Stowarzyszeń Bank Żywności w Trójmieście/MOPR w Gdańsku w sklepie społecznym „Za stołem”

.....

Podpis

Czy jest Pan/Pani (proszę podkreślić):

a/ osobą prowadzącą samodzielne gospodarstwo domowe

b/ osobą we wspólnym gospodarstwie domowym (podać ilość osób)

Czy korzysta Pan/Pani z innych form pomocy

TAK

NIE

Jeśli tak, należy podać, z jakiego rodzaju pomocy Pan/Pani korzysta:

.....

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb realizacji wsparcia żywnościowego świadczonego przez Związek Stowarzyszeń Bank Żywności w Trójmieście/MOPR w Gdańsku, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych (RODO) oraz na przekazywanie danych osobowych. Oświadczam, że zostałam/em poinformowany, iż przysługuje mi prawo dostępu do moich danych osobowych oraz ich poprawiania; wniesienia pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania moich danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych, a także, że podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne.