

## Oświadczenie Opiekuna Osoby Niepełnosprawnej

Ja,.....ur.....zam.....

leg. się dowodem osobistym nr.....jestem opiekunem niepełnosprawnej.....podczas pobytu na turnusie rehabilitacyjnym w ..... w dniach .....

Jednocześnie oświadczam, iż w ..... r. nie korzystam z dofinansowania ze środków PFRON do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym jako osoba niepełnosprawna oraz że:

- a) nie będę pełnił/a funkcji członka kadry na tym turnusie,
- b) nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
- c) ukończyłem/am 18 lat lub
- d) ukończyłem/am 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

*Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam pod odpowiedzialnością karną przewidzianą w art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego (Dz.U. z 2019r. poz. 1950).*

*„Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, z siedzibą w Pszczynie ul. Dworcowa 23. Podane dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań wynikających z Ustawy z dn. 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019r. poz. 1172 ze zm.), Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 roku w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON (Dz.U. z 2015r. poz. 926). Osoba, której dane dotyczą ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania, poprawiania i ograniczenia przetwarzania. Podanie danych osobowych w zakresie obowiązujących przepisów ustawowych jest obowiązkowe, w pozostałym zakresie dobrowolne. Obowiązek informacyjny znajduje się na stronie internetowej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pszczynie [www.pcprrpszczyzna.pl](http://www.pcprrpszczyzna.pl)”*

.....  
/miejscość, data/  
/podpis/