Żyrardów, dnia ……………………………

……………………………………………………

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

……………………………………………………

……………………………………………………

(adres zamieszkania)

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i mojej/-go córki/syna\* ………………………….., wskazanych we wniosku z dnia …………………………. o zwrot kosztów przejazdu dziecka niepełnosprawnego i opiekuna do najbliższej szkoły w celu realizacji obowiązku szkolnego, przez administratora danych Miasto Żyrardów, reprezentowane przez Prezydenta Miasta Żyrardowa z siedzibą w Żyrardowie, Plac Jana Pawła II nr 1, w celu zwrotu kosztów dowozu dziecka niepełnosprawnego do szkoły. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne
z prawdą. Znam treść klauzuli informacyjnej i wiem o przysługującym mi prawie do dostępu do treści danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich  przetwarzania oraz  prawo do ich przenoszenia, a także cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie.

\*niepotrzebne skreślić

……………………………………………………

(podpis wnioskodawcy)