

.....
(Imię i nazwisko Opiekuna)

Szczecin, dn.

.....
(adres zamieszkania Opiekuna)

Oświadczenie

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na przetwarzanie moich danych osobowych w celu informowania mnie o różnych formach wsparcia i prowadzonych diagnozach potrzeb realizowanych na terenie Gminy Miasto Szczecin, skierowanych do osób chorych na chorobę Alzheimera oraz ich Opiekunów.

.....
(czytelny podpis Opiekuna)

POUCZENIE:

Powyższa zgoda może być odwołana w dowolnym momencie.

* właściwe podkreślić