

.....  
(miejsowość, data)

## OŚWIADCZENIE

Imię i Nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zameldowanie/zamieszkania\* .....

Czy wyrażasz zgodę na przetwarzanie Twoich danych osobowych przez Publiczny Ośrodek Adopcyjny z siedzibą w Szczecinie przy ul. Teofila Starzyńskiego 3-4, 70-506 Szczecin w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia procedury adopcyjnej zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r (RODO)

TAK

NIE

.....  
podpis

\* niepotrzebne skreślić