

Załącznik nr 2
do Regulaminu Pracy Zespołu Interdyscyplinarnego

.....
(miejsowość i data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(tel. kontaktowy)

Wyrażam zgodę na podjęcie działań przez Zespół Interdyscyplinarny działający przy Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Starym Targu, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926).

Dla potrzeb Zespołu Interdyscyplinarnego przekazuję kserokopię poniższych dokumentów:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(podpis)