



Żnin, dnia _____

WNIOSEK

o objęcie zadaniem publicznym pod nazwą „**Pomoc w cierpieniu**” realizowanym w ramach konkursu ofert pn. Opieka Paliatywna dofinansowanym przez Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko Pomorskiego

1. **Nazwisko i imię** _____

2. **Adres zamieszkania** _____

3. **Data urodzenia** _____

4. **Pesel** _____

5. **Nr dowodu osobistego** _____ **wydany przez** _____

6. **Rodzaj wsparcia:**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie moich danych osobowych na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 1997 roku Nr 101 z 2002r., poz. 926 z póź. zm.) przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Żninie w celach związanych z realizacją i rozliczeniem zadania w ramach zadania „Pomoc w Cierpieniu”.

Ponadto wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych niezbędnych do realizacji i rozliczenia zadań zawartych w projekcie innym podmiotom.

/podpis wnioskodawcy/