Potwierdzam, że zapoznałem/zapoznałam się z formularzami **przetwarzania danych osobowych w ramach programu** Programu Ministry/Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (do 13 grudnia 2023 r. Ministra Rodziny i Polityki Społecznej), **„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024”**, finansowanego z Fundusz Solidarnościowego.

………………………………….

Data i czytelny podpis