Potwierdzam, że zapoznałem/zapoznałam się z formularzami **przetwarzania danych osobowych w ramach programu** Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025, finansowanego z Fundusz Solidarnościowego oraz Programem „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

…………………………………………………………………

Data i czytelny podpis