Załącznik nr 7

Dane osoby:

Wschowa, dnia ..……………..….

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

(imię i nazwisko)

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

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

(adres)

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

(PESEL)

**OŚWIADCZENIE**

W związku z realizacją kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego:

1. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy we Wschowie dla potrzeb niezbędnych do realizacji kształcenia ustawicznego w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego, zgodnie z *Ustawą z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2019 r., poz. 1781 z poźn. zm.)*

oraz

1. przyjmuję do wiadomości, iż:
2. administratorem danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy we Wschowie z siedzibą we Wschowie przy ul. Staroleszczyńska 13,13a, 67-400 Wschowa,
3. dane osobowe są przetwarzane w celu wynikającym z przepisów *ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2025 poz. 214 z późn. zm.)* *w związku z art. 443 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz.U. 2025 poz. 620)* wraz z aktami wykonawczymi do ustawy w zakresie wynikającym z ww. przepisów,
4. dane osobowe przetwarzane są w formie papierowej,
5. mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania,
6. podanie danych jest dobrowolne, jednakże odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach KFS.
7. w przypadku stwierdzenia naruszenia przepisów prawa , możliwe jest wniesienie skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Szczegółowe informacje dostępne są na stronie internetowej [wschowa.praca.gov.pl](http://www.pupwschowa.pl)

w zakładce:

Urząd – ochrona danych osobowych – klauzula dotycząca ochrony danych osobowych.

...…………………………………

(czytelny podpis - imię i nazwisko)