**ZAŁĄCZNIK 8**

**Oświadczenie
o korzystaniu z opieki pomocy społecznej**

My niżej podpisani ....................................................... ..............................................................

 imię i nazwisko matki/opiekunki prawnej imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego

zamieszkali ……..........................................................................................................................

 ..................................................................................................................................,

legitymujący się dowodem osobistym .......................................... ...................................................

 (seria i numer)

wydanym przez .......................................... .................................................,

oświadczamy, że rodzina ………………………………………… korzysta z pomocy ośrodka opieki
 *(imię i nazwisko dziecka, kandydata do przedszkola)*

społecznej.

Jesteśmy świadomi odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

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

 (miejscowość, data) (czytelny podpis)

*Administratorem pozyskanych i przetwarzanych danych osobowych w niniejszej sprawie jest Dyrektor Przedszkola Akademia Wyobraźni w Marklowicach, ul. Widokowa 2. Pełna treść klauzuli informacyjnej zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia 95/46/WE, znajduje się na stronie internetowej: przedszkole.marklowice.pl w zakładce RODO.*