

Legnica, .....

.....  
Imię i nazwisko

### **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż jestem świadomy/-ma i dobrowolnie wyrażam zgodę na weryfikację<sup>1</sup> w Krajowym Rejestrze Sprawców Przepływstw na Tle Seksualnym z dostępem ograniczonym mojej osoby, w celu uzyskania potwierdzenia o niekaralności za przestępstwa na tle seksualnym.

.....  
czytelny podpis

---

<sup>1</sup> Weryfikacja jest niezbędna w związku z Programem „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”

Legnica, .....

.....  
Imię i nazwisko

Poniżej, przekazuję swoje dane osobowe, niezbędne do uzyskania potwierdzenia o niekaralności za przestępstwa na tle seksualnym poprzez weryfikację w Krajowym Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym z dostępem ograniczonym, zgodnie z art. 21 ust. 1 Ustawy o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym z dnia 13 maja 2016 roku (Dz. U. z 2023 r. poz. 31). Oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, zwanym dalej „RODO”:

PESEL:.....

Nazwisko:.....

Nazwisko rodowe:.....

Pierwsze imię:.....

Imiona rodziców:.....

Data urodzenia:.....

.....  
czytelny podpis