|  |
| --- |
|  |

FORMULARZ KONSULTACJI SPOŁECZNYCH

 „*Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych Gminy Morawica na lata 2025 - 2031*”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i Nazwisko osoby składającej formularz** | **Kontakt: nr telefonu i adres e-mail:**  | **Miejscowość i data wypełnienia** |
|  |  **e – mail:** ………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **nr telefonu:** …………………………………………… |

 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zakres uwagi, opinii, propozycji do projektu strategii** | **Wskazanie nr rozdziału, nr strony projektu strategii** | **Aktualny zapis w projekcie Strategii**  | **Sugerowana zmiana lub propozycja brzemienia nowego zapisu w projekcie strategii**  |
|  |  |  |  |

Formularz bez informacji o zgłaszającym uwagi (imię i nazwisko zgłaszającego uwagi, miejsce zamieszkania) i zgody na przetwarzanie danych osobowych nie będzie rozpatrywany. Wypełniony i podpisany formularz można odesłać drogą korespondencyjną lub bezpośrednio złożyć w siedzibie Miejsko – Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Morawicy z dopiskiem „*Konsultacje Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Gminy Morawica na lata 2025 - 2031”* lub przesłać drogą elektroniczną na adres: **sekretariat@gopsmorawica.pl** z wyżej wymienionym dopiskiem w nieprzekraczalnym terminie do 9 września 2025 r. roku do godz.15:00.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych:

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 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 uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych) RODO, informuję, że: Administratorem Pani/a danych osobowych jest: Miejsko - Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Morawicy w zakresie: imię, nazwisko, adres, nr telefonu, adres poczty elektronicznej w celu przekazania moich uwag w związku z konsultacjami społecznymi projektu „Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych Gminy Morawica na lata 2025 -2031”

Ponadto oświadczam, że niniejszą zgodę wyrażam w sposób świadomy i dobrowolny. Zgoda nie została na mnie w żaden sposób wymuszona. Zostałam/-em poinformowana/-y, że mam prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz, że wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem,

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (miejscowość, data) (czytelny podpis)

Inspektor Ochrony Danych, z którym można się skontaktować się we wszystkich sprawach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych kontakt: **tel. 795-626-770, e-mail: iod@abi-net.pl**