………………………………………………………… ……………………………… dn. ……………

Imię i nazwisko osoby zainteresowanej miejscowość data

/przedstawiciela ustawowego

…………………………………………………………….

PESEL

……………………………………………………………..

Adres zamieszkania

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI / STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Upoważniam Panią/ Pana ………………………………………………………………………………

Legitymującą /ym się dowodem osobistym (numer i seria)…………………………………………….

Zamieszkałą/go………………………………………………………………………………………….

Do odbioru orzeczenia o niepełnosprawności/ stopniu niepełnosprawności wydanego w Powiatowym

Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Mławie.

……………………………………………

(data i własnoręczny podpis)

Informacja RODO

Na podstawie Art. 13 rozporządzenie 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 dyrektywy 95/46/WE (określane jako „RODO”) informujemy, iż: - pozyskane dane dotyczące osoby upoważnionej nie będą udostępniane innym podmiotom gospodarczym lub osobom fizycznym, chyba że obowiązek ich udostępniania wynikać będzie z obowiązujących przepisów prawnych, nie będą przetwarzana w sposób zautomatyzowany, nie będą profilowane, nie będą rejestrowane w żadnych bazach danych - dane dotyczące osoby upoważnionej zostaną wykorzystane tylko do celu, dla którego zostały pozyskane (potwierdzenie tożsamości osoby upoważnionej) i po wykorzystaniu zostaną dołączone do akt spraw, których dotyczą.