

REGULAMIN REALIZACJI USŁUGI OPIEKI WYTCHEMIENIOWEJ W RAMACH PROGRAMU OSŁONOWEGO „SAMODZIELNI” NA ROK 2026

Postanowienia ogólne

§ 1

2. Regulamin określa sposób przyznawania i wykonywania usługi opieki wytchnieniowej przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej, realizowanej w ramach Programu Osłonowego „Samodzielni.”
3. Użyte w Regulaminie niżej wymienione określenia oznaczają:
 - 1) GOPS — Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Bestwiniu,
 - 2) Program — Program osłonowy „Samodzielni” na rok 2026,
 - 3) Uczestnik Programu - odbiorca usług opieki wytchnieniowej określony w Programie,
 - 4) opiekun- osoba realizująca usługi opieki wytchnieniowej.

Adresaci Programu

§ 2

1. Program adresowany jest do członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności i osobami posiadającymi orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, którzy wymagają usług opieki wytchnieniowej.
2. Usługi opieki wytchnieniowej przysługują w przypadku zamieszkiwania członka rodziny lub opiekuna, o których mowa w ust. 1, we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną i sprawowania całodobowej opieki nad osobą niepełnosprawną.

Cele i założenia Programu

§ 3

1. Głównym celem Programu jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:
 - 1) dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności;
 - 2) osobami posiadającymi :
 - a) orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności wydane na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 913 ze zm.) lub

- b) orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności (zgodnie z art. 5 i art. 62 ww. ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych) poprzez możliwość uzyskania doraźnej, czasowej pomocy w formie usługi opieki wytchnieniowej.
2. Usługi opieki wytchnieniowej mają za zadanie odciążenie członków rodzin lub opiekunów osób niepełnosprawnych poprzez wsparcie ich w codziennych obowiązkach lub zapewnienie czasowego zastępstwa. Dzięki temu wsparciu osoby zaangażowane na co dzień w sprawowanie opieki dysponować będą czasem, który będą mogły przeznaczyć na odpoczynek i regenerację, jak również załatwienie niezbędnych spraw. Usługi opieki wytchnieniowej mogą służyć również okresowemu zabezpieczeniu potrzeb osoby niepełnosprawnej w sytuacji, gdy opiekunowie z różnych powodów nie będą mogli wykonywać swoich obowiązków związanych z opieką nad nimi.

Zakres usług opieki wytchnieniowej

§ 4

Program jest realizowany w formie świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.

Realizacja usług opieki wytchnieniowej

§ 5

1. Usługi opieki wytchnieniowej mogą świadczyć:
- a) osoby posiadające dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej/pielęgniarka lub innym, zapewniającym realizację usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej lub
 - b) osoby posiadające, co najmniej 6-miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym, w tym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu itp. Posiadanie doświadczenia powinno zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym.
 - c) w przypadku gdy usługa będzie świadczona na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie z ww. wskazaniem, wymagane jest także zaświadczenie o niekaralności; pisemna informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przepięstw na Tle Seksualnym.
2. Nie jest dopuszczalnym wskazanie na opiekuna świadczącego usługę opieki wytchnieniowej:
- a) członków rodziny (na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uznać należy wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyma oraz osobę

pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem Programu).

- b) opiekunów prawnych osoby niepełnosprawnej,
- c) osoby faktycznie zamieszkującej z osobą niepełnosprawną.

3. Organizator umożliwi osobie niepełnosprawnej lub członkom rodziny/opiekunom sprawującym bezpośrednią opiekę nad osobą niepełnosprawną samodzielny wybór osoby, która będzie świadczyć usługę opieki wytchnieniowej pod warunkiem, że osoba wskazana spełnia przynajmniej jeden z warunków, o których mowa w ust. 1 pkt a-b.

§ 6

1. Limit godzin usług opieki wytchnieniowej w 2026 r. wynosi nie więcej niż 90 godzin dla usług opieki wytchnieniowej świadczonej w ramach pobytu dziennego;
2. W godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.

§ 7

1. Realizując usługi opieki wytchnieniowej opiekun kieruje się poniższymi zasadami:
 - a) akceptacji – opartej na zasadach tolerancji, poszanowania godności swobody wyboru wartości celów życiowych,
 - b) indywidualizacji – podmiotowego podejścia do osoby niepełnosprawnej,
 - c) poufności, respektowania prywatności i nieujawniania informacji uzyskanych od uczestnika, bez jego wiedzy i zgody osobom trzecim (z wyłączeniem wyjątków wynikających z przepisów obowiązującego prawa),
 - d) prawa do samostanowienia – prawo klienta do wolności i odpowiedzialności za swoje życie (z wyłączeniem sytuacji zagrożenia zdrowia i życia),
 - e) neutralności - zachowanie bezstronne i niewyrażające ocen; usługi opieki wytchnieniowej realizowane są niezależnie od poglądów i postaw przyjmowanych przez opiekunów oraz odbiorców usług, wykonaniu usługi zawsze przyświeca jej cel, niezależnie od przekonań politycznych, religijnych, ideologicznych itp.,
 - f) dobra rodziny i poszczególnych jej członków – uwzględnienie podczas realizacji usług korzyści poszczególnych członków środowiska rodzinnego Klienta,
2. Usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu realizowane będą do 30.11. 2026 r.
3. Udział w Programie jest bezpłatny.
4. Ilość godzin usługi ustalana jest indywidualnie, zgodnie z potrzebami uczestnika Programu oraz możliwościami organizacyjnymi GOPS w Bestwinie.

Zgłoszenia do Programu

§ 8

1. W celu zgłoszenia osoby niepełnosprawnej do programu **należy wypełnić Kartę zgłoszeniową do Gminnego Programu osłonowego „Samodzielni„** - załącznik Nr 1 do Programu Osłonowego „*Samodzielni*” na rok 2026.
2. Dokumentem niezbędnym do zakwalifikowania się do usługi jest aktualne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie równoważne lub w przypadku dzieci w wieku do 16 roku życia orzeczenie o niepełnosprawności.
3. Do dokumentów należy dołączyć:
 - a) **Klauzulę informacyjną (Załącznik Nr 3 do Regulaminu),**
 - b) **Zgodę na przetwarzanie danych osobowych (Załącznik Nr 4 do Regulaminu).**
3. Zgłoszenia przyjmowane w dni robocze, w godz. od 8⁰⁰ do 14⁰⁰ w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Bestwiniu przy ul. Szkolnej 4 w sposób ciągły, do wyczerpania limitu godzin przewidzianych w Programie.
4. O zakwalifikowaniu do Programu decyduje kolejność zgłoszeń.
5. Uczestnik Programu oraz opiekun jest zapoznawany z *Regulaminem realizacji usługi opieki wytchnieniowej*. w trakcie zgłoszenia chęci uczestnictwa w programie, nie później jednak niż w dniu realizacji pierwszej usługi.

Sposób realizacji usługi opieki wytchnieniowej

§ 9

1. Usługi opieki wytchnieniowej realizowane są w terminie, czasie i zakresie ustalonym pomiędzy opiekunem i uczestnikiem programu na podstawie potrzeb określonych w ***Informacji uczestnika programu osłonowego „Samodzielni” na rok 2026 – załącznik Nr 1 do Regulaminu.***
2. W uzasadnionych sytuacjach możliwa jest zmiana czasu i zakresu realizacji usług, jednak wymaga to poinformowania stron biorących udział w Programie co najmniej 2 dni przed terminem realizacji usługi.
3. Rozliczenie opiekuna realizującego usługi opieki wytchnieniowej dokonuje się na podstawie prawidłowo wypełnionej ***Karty rozliczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu Osłonowego „Samodzielni” -załącznik Nr 2 do Regulaminu.***
4. W przypadku konieczności czasowego zawieszenia realizacji usług w wyniku sytuacji losowych lub zdrowotnych odbiorcy usług (np. nagłego pobytu w szpitalu, poważnego kryzysu kondycji psychofizycznej, wypadku itp.) odbiorca jest zobowiązany poinformować o tym koordynatora niezwłocznie przed planowanym rozpoczęciem usługi.
5. Rezygnacja z Programu może nastąpić w trakcie jego trwania. Uczestnik rezygnujący z uczestnictwa w Programie jest zobowiązany do złożenia pisemnej rezygnacji.

6. W sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia zarówno opiekun jak i Uczestnik Programu zobowiązani są w miarę możliwości do niezwłocznego powiadomienia odpowiednich służb i koordynatora Programu.

Pozostałe zasady realizacji usługi opieki wytchnieniowej

§ 10

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości, wykonywane usługi opieki wytchnieniowej podlegają kontroli i są monitorowane przez koordynatora Programu. Monitoring realizowany jest przez koordynatora Programu bezpośrednio w miejscu realizacji usługi, telefonicznie lub w inny uzgodniony i dogodny dla uczestnika Programu sposób.
2. Korzystanie z usług opieki wytchnieniowej oznacza zobowiązanie przez uczestnika Programu na udzielanie informacji służących kontroli i monitorowaniu jakości usług.
3. Uczestnik Programu ma prawo zgłaszać swoje uwagi, dotyczące zakresu i jakości usługi do koordynatora Programu.

§11

W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie ostateczną decyzję podejmuje Kierownik Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bestwinie.

Wykaz załączników do Regulaminu

- 1) Załącznik Nr 1 do Regulaminu- *Informacja uczestnika Programu osłonowego „Samodzielni” na rok 2026;*
- 2) Załącznik Nr 2 do Regulaminu - *Karta rozliczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu osłonowego „ Samodzielni” na rok 2026;*
- 3) Załącznik Nr 3 do Regulaminu - *Klauzula informacyjna GOPS;*
- 4) Załącznik Nr 4 do Regulaminu - *Zgoda na przetwarzanie danych osobowych.*

**INFORMACJA UCZESTNIKA PROGRAMU OSŁONOWEGO „SAMODZIELNI”
- USŁUGA OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**

I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna osoby niepełnosprawnej sprawującego bezpośrednio opiekę):

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon:

.....

E-mail:

.....

II. Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką nad którą opiekun ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Rodzaj niepełnosprawności:

1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa);

2) dysfunkcja narządu wzroku;

3) zaburzenia psychiczne;

4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym;

5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu;

6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne.

W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcia:

- 1) czynności samoobsługowe Tak□/Nie□;
- 2) czynności pielęgnacyjne Tak□/Nie□;
- 3) w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełniania ról społecznych Tak□/Nie□;
- 4) w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania Tak□/Nie□;
- 5) w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem Tak□/Nie□.

Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się (wypełnia opiekun/członek rodziny, który ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej):

.....
.....

II. Preferowana forma, wymiar i miejsce świadczenia usług opieki wytchnieniowej:

dzienna, miejsce

.....

w godzinach

.....

w dniach

.....

Do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej wskazuje/ nie wskazuje*

Panią/a.....

Nr telefonu.....

III. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że osoba niepełnosprawna nad którą ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej posiada ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie traktowane na równi do orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub że dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności.
2. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług opieki wytchnieniowej. Czynności, o których mowa wyżej dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.

3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią *Regulaminu realizacji usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu Osłonowego „Samodzielni”*.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
5. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych z programu nie będą świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej inne usługi finansowane ze środków Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.
6. Oświadczam, że aktualnie uczestniczę/nie uczestniczę* w innym Programie w zakresie usług opieki wytchnieniowej,

Bestwina, data

.....

Podpis osoby opiekuna prawnego lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej

IV. INFORMACJA REALIZATORA

1. Potwierdzam/ nie potwierdzam* uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej.
2. Proponowana miesięczna ilość godzin usługi opieki wytchnieniowej wynosi:.....
.....
.....
.....

.....

Podpis Kierownika

*Odpowiednie podkreślić

Karta rozliczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „ Samodzielni”

I. Dane osoby, której przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna prawnego/członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej):

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon:

.....

E-mail:

.....

II. Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką nad którą opiekunowi przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

III. Informacje dot. realizowanych usług opieki wytchnieniowej:

1. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: *dziennej,*

2. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze:

.....

3. Miejsce realizacji usług opieki wytchnieniowej:

.....

4. Imię i nazwisko osoby świadczącej usługi:

.....

L P.	Data realizacji opieki wytchnieniowej	Liczba godzin świadczonej opieki wytchnieniowej	Podpis osoby realizującej usługę opieki wytchnieniowej	Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową/członka rodziny/opiekuna	Uwagi
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
RAZEM liczba godzin zrealizowanej opieki wytchnieniowej					

.....
Data i podpis opiekuna

5. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu:

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

.....
Data i podpis osoby reprezentującej Realizatora usług

**KLAUZULA INFORMACYJNA
w zakresie przetwarzania danych
(korzystający z usług)**

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 swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/W – ogólne rozporządzenie o ochronie danych, informujemy, iż:

1. Administratorem Danych Osobowych jest: Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Bestwinie a administrujący danymi – Kierownik Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bestwinie. Możesz się z nim kontaktować w następujący sposób: listownie na adres siedziby: 43-512 Bestwina ul. Szkolna 4, e-mailowo: gops@bestwina.pl, telefonicznie: 32 215 46 37
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony danych Osobowych: Wszelkie pytania i zgłoszenia wynikające z realizacji praw i wolności wymagają formy pisemnej w postaci wersji papierowej złożonej w GOPS Bestwina przy ul. A lub w formie elektronicznej na adres: inspektor@b-biodo.pl
3. Podstawę przetwarzania danych osobowych: Twoje dane osobowe przetwarzane będą zgodnie art. 6 ust. 1 lit c, art. 9 ust. 2 lit. b i c RODO, w celu realizacji usług.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu/celach:
 - a) wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na GOPS w Bestwinie;
 - b) realizacji umów zawartych z kontrahentami na GOPS w Bestwinie;
 - c) w pozostałych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.
5. W związku z przetwarzaniem danych w celach o których mowa w pkt 4 odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:
 - a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
 - b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z GOPS w Bestwinie Pani/Pana dane osobowe będą kontynuowały przetwarzanie dla ochrony praw lub roszczeń – zwłaszcza w związku z prawnie uzasadnionym interesem administratora;
 - c) podmioty przetwarzające dane osobowe w związku z wykonywaniem czynności związanych z realizacją Programu Osłonowego "Samodzielni" na rok 2026.
6. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:
 - a) prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych;
 - b) prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych – w przypadku, gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne;
 - c) prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. prawo do bycia zapomnianym);
 - d) prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - e) prawo do przenoszenia danych;
 - f) prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych.
7. W przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby na przetwarzanie danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit a RODO), przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z obowiązującym prawem.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych do organu nadzorczego (tj. Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa). Organ ten będzie właściwy do rozpatrzenia skargi z tym, że prawo wniesienia skargi dotyczy wyłącznie zgodności z prawem przetwarzania danych osobowych.
9. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, podanie przez Panią/Pana danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.
10. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe w sytuacji, gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa.
11. Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.
12. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej

Administrator

.....

Kierownik GOPS

(data i czytelny podpis korzystającego z usług)

Beata Szyпка

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Działając w imieniu własnym wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w dokumentach, pn. Karta zgłoszeniowa, pełnomocnictwo zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000 z późn. zm.) **przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Bestwinie 43-512 Bestwina, ul. Szkolna 4** i przyjmuję do wiadomości, że celem przetwarzania ww. danych jest realizacja Programu Osłonowego "Samodzielni" na rok 2026.

Oświadczam również, że podanie danych jest dobrowolne, oraz że zgoda może być cofnięta w dowolnym czasie. Jednak brak wyrażenia zgody na ich przetwarzanie lub jej cofnięcie skutkują brakiem możliwości korzystania z usług.

Zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej.

.....
miejscowość, data i czytelny podpis