**WYCOFANIE ZGODY**

**NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Ja, niżej podpisana / podpisany\* ………………………………………………………………………………………………,

w dniu …………………………, o godz. …………………………,\*

wycofuję uprzednio wyrażoną przeze mnie zgodę na przetwarzanie wszelkich / niżej wymienionych\* danych osobowych:

* adresu zamieszkania / do korespondencji\*
* numeru / numerów telefonu\*
* adresu poczty elektronicznej (e-mail)\*
* wizerunku,\*
* …………………………………………………………………………………………………………………………………………,\*
* …………………………………………………………………………………………………………………………………………,\*
* …………………………………………………………………………………………………………………………………………,\*

przez administratora, którym jest Fundacja Po Skrzydła – Centrum Wsparcia Psychologiczno-Terapeutycznego w Sosnowcu, ul. Krzywa 2, 41-200 Sosnowiec,

we wszelkich celach / w celu / w celach:\*

* …………………………………………………………………………………………………………………………………………,\*
* …………………………………………………………………………………………………………………………………………,\*
* …………………………………………………………………………………………………………………………………………,\*

………………………………………………………………………

data i czytelny podpis

osoby wycofującej zgodę na przetwarzanie danych osobowych

\* niepotrzebne skreślić