



Evropská unie
Fond evropské pomoci nejchudším osobám
Operační program potravinové a materiální pomoci



Formulář pro potvrzení způsobilosti osob z cílové skupiny

Dítě:			
Jméno:		RČ:	
Příjmení:			
Zákonný zástupce dítěte:			
Jméno:		RČ:	
Příjmení:		Bydliště:	
Příjemce příspěvku na živobytí, je-li jím osoba odlišná od zákonného zástupce dítěte:			
Jméno:		RČ:	
Příjmení:		Bydliště:	
Identifikace školy/školky, kterou dítě navštěvuje:			
Název:			
Adresa (ulice, číslo, město, PSČ):			

Potvrzení Úřadu práce ČR: Úřad práce ověřil, že dítě spadá do cílové skupiny Operačního programu potravinové a materiální pomoci určené řídicím orgánem OP PMP			
Datum:		Podpis:	

Potvrzení zájmu o podporu zákonným zástupcem:			
Datum:		Podpis:	

Potvrzení školy/školky o převzetí formuláře:			
Datum:		Podpis:	
		RED IZO	



Evropská unie
Fond evropské pomoci nejchudším osobám
Operační program potravinové a materiální pomoci



Souhlas se zpracováním a předáním osobních a citlivých údajů

Beru na vědomí, že na základě tohoto souhlasu budou zpracovávány mé osobní a citlivé údaje; například skutečnost, že jsem příjemcem dávek PHN, rodinné poměry, věk, apod. v rozsahu nezbytném pro potřeby kontroly ze strany příjemce či poskytovatele dotace po dobu hrazení stravného za mé/mě svěřené dítě a dále po dobu nejdéle deseti let pro potřeby kontroly ze strany poskytovatele dotace. A rovněž tak údaje o osobě mně svěřené.

Svěřená osoba:

Příjmení, jméno:.....

Datum narození:.....

Udělují tímto ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, výslovný informovaný souhlas pro evidenci, archivaci a statistické zpracování svých osobních údajů v rozsahu nezbytném pro účel této podpory a pro potřeby kontroly ze strany příjemce a poskytovatele dotace a rovněž osobních údajů svěřené osoby. Tento souhlas udělují svobodně a dobrovolně.

Příjmení, jméno:

Datum narození:

V dne

Podpis:
