

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisany(a)
zam. w Świdniku..... legitymujący(a) się
dowodem osobistym PESEL

oświadczam, że w przypadku:

- uzyskania zasiłku w wyższej wysokości niż przysługuje,
- nie zawiadomienia Wydziału Obsługi Klienta Urzędu Miasta Świdnik o okolicznościach powodujących zmianę wysokości zasiłku,
- wygaśnięcia decyzji o przyznaniu zasiłku,

jestem obowiązany(a) do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku lub jego części wraz z odsetkami.

Jednocześnie na podstawie ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1781) oraz ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.U.UE L 119 z 04.05.2016), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

.....
(własnoręczny podpis)

Świdnik, dnia