

O Ś W I A D C Z E N I E
**uprawniające do udziału w programie „Czujne Województwo
Zachodniopomorskie – czujki dymu gwarancją bezpieczeństwa”
w sezonie grzewczym 2024/2025**

Ja, niżej podpisany/a:

.....
(imię i nazwisko)

telefon.....

Niniejszym oświadczam, że:

- 1) zamieszkuję w lokalu mieszkalnym zlokalizowanym w miejscowości Stargard, przy ul. nr....., którego jestem właścicielem */ współwłaścicielem */ najemcą *
- 2) powyższy lokal nie jest wyposażony w urządzenia ochrony pomieszczeń przed pożarem, tzw. czujki dymu,
- 3) powyższy lokal wpisany jest do Centralnej Ewidencji Emisyjności Budynków ze wskazaniem źródła ogrzewania na paliwo stałe, (tj. np. węgiel, drewno, pellet), liczba źródeł/kotłów grzewczych -szt.),
- 4) w roku bieżącym pobierałem/pobieram zasiłek celowy/celowy specjalny z pomocy społecznej na zakup opału -TAK/NIE*
- 5) otrzymałem dodatek węglowy/podwyższony dodatek osłonowy* - TAK/NIE*
- 6) wyrażam zgodę na wykorzystanie powyższych danych celem zamontowania we wskazanym mieszkaniu czujki dymu przez strażaków Komendy Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Stargardzie.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

pouczenie

Zgodnie z art.13 ust. 1 i ust. 2 RODO informuję, że Administratorem danych osobowych w celu wydania czujki dymu i przeszkolenia jest Komendant Powiatowej Straży Pożarnej w Stargardzie. Administratorem danych osobowych jest również Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Stargardzie, który przetwarza dane w celu potwierdzenia danych zawartych w punktach 1, 4, 5 niniejszego Oświadczenia. Przetwarzania dokumentujemy na mocy udzielonej przez Ciebie zgody. Pozostałe informacje wynikające z przepisów RODO są umieszczone na stronach BIP ww. administratorów.

* niepotrzebne skreślić

Potwierdzenie przez MOPS w Stargardzie zgodności oświadczenia w pkt 1,4,5:

Punkt 1 oświadczenia zgodny/niezgodny ze stanem faktycznym

Punkt 4 oświadczenia zgodny/niezgodny ze stanem faktycznym

Punkt 5 oświadczenia zgodny/niezgodny ze stanem faktycznym

.....

data weryfikacji i pieczęć MOPS

imię i nazwisko oraz pieczętka pracownika
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej

.

.....

data / potwierdzenie wpływu
w Komendzie Powiatowej Państwowej
Straży Pożarnej w Stargardzie

UWAGA!

W celu weryfikacji oświadczenia należy zwrócić się do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Stargardzie. O zakwalifikowaniu do programu decydować będzie **kolejność prawidłowo wypełnionych i zweryfikowanych przez Ośrodek oświadczeń**, złożonych bezpośrednio przez uczestników programu w **Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Stargardzie.**