............................................................... ………...................................................

 imię i nazwisko miejscowość i data

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Ośrodek Adopcyjny DOPS dodatkowych informacji, wynikających z:

- zaświadczenia wystawionego przez lekarza psychiatrę, stwierdzającego brak przeciwskazań medycznych do adopcji dziecka (na potrzeby postępowania sądowego),

- zaświadczenia o wynagrodzeniu,

które są niezbędne do przeprowadzenia procedury adopcyjnej.

Brak udzielenia powyższych informacji będzie skutkował brakiem możliwości przeprowadzenia procedury przysposobienia.

 .…................................................................

 podpis