

Pieczczę szkoły/institucji

„MAŁY MEDYK” ROK AKADEMICKI 2024/2025

Zgoda rodzica/opiekuna prawnego* na przetwarzanie danych osobowych i publikowanie wizerunku uczestnika projektu.

Imię i nazwisko dziecka:

.....

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego*:

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych (imię, nazwisko, wiek) mojego dziecka dla potrzeb organizacyjnych projektu „Mały Medyk” PAD w UMP, stosownie z art. 23 ust. 1 pkt. 1 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o przetwarzaniu danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 833 z późn. zm.).**

TAK/NIE*

Wyrażam zgodę na nieodpłatne i bezterminowe rozpowszechnianie przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu wizerunku mojego dziecka utrwalonego w formie fotografii cyfrowych lub analogowych wykonanych w ramach projektu „Mały Medyk” PAD w UMP, poprzez publikację zdjęć w materiałach promocyjnych UMP za pośrednictwem dowolnego medium, w tym w szczególności w materiałach drukowanych oraz na stronach internetowych, na podstawie art. 81 ust. 1 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dn. 4 lutego 1994r. (Dz.U. 2006 r., Nr 90, poz. 631 z póź. zm.).*

TAK/NIE*

Oświadczam, że wykorzystywanie wizerunku mojego dziecka, zgodnie z niniejszą zgodą nie narusza niczyich dóbr osobistych ani innych praw. *

TAK/NIE*

Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego*

.....

* Niepotrzebne skreślić

**Zgoda jest warunkiem uczestnictwa dziecka w projekcie.