



OŚWIADCZENIE RODZICÓW NIEPEŁNOLETNIEGO WOLONTARIUSZA

Wyrażam zgodę na pracę syna/córki
w charakterze wolontariusza/wolontariuszki w

Oświadczam, iż mój/moja syn/córka jest objęty/a ubezpieczeniem zdrowotnym zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

W razie potrzeby proszę kontaktować się ze mną osobiście/ telefonicznie:

Adres:

Telefon:

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych i wizerunku*

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych

Oświadczam iż przyjmuję do wiadomości że:

- administratorem danych jest GOPS Gminy Michałowice;
- dane będą przetwarzane wyłącznie do celu realizacji działań wolontarystycznych i promocji idei wolontariatu;
- dane mogą zostać udostępnione innym podmiotom wyłącznie w związku z realizacją i promocją działań wolontarystycznych;
- mam prawo dostępu do treści danych oraz ich poprawienia;
- podanie danych jest dobrowolne;
- mam prawo żądania zaprzestania przetwarzania danych osobowych ze względu na swą szczególną sytuację;
- mam prawo sprzeciwu wobec przekazywania moich danych osobowych innemu administratorowi danych.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie wizerunku mojego dziecka poprzez wykorzystanie zdjęć z jego udziałem i publikację na stronach internetowych ośrodka, gminy oraz gminnego wolontariatu a także innych portalach oraz w publikacjach i prezentacjach wyłącznie w celach informacyjnych i promocji wolontariatu.

.....
Data

.....
podpis rodzica/prawnego opiekuna

*Zgodnie z Ustawą z 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 ze zm.)

