*![C:\Users\r.stolecka\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\FSVO6LI2\MC900434611[1].wmf]()Załącznik nr 1*

**ZGODA NA UDZIAŁ**

**W WOJEWÓDZKIM KONKURSIE FILMOWYM**

**PAŃSTWOWEJ INSPEKCJI SANITARNEJ**

pod hasłem „*Dzieciaki dbają o mleczaki”*

w ramach Wojewódzkiego Programu Zdrowia Jamy Ustnej

i Zapobiegania Próchnicy pt. *„Zdrowe zęby mamy – marchewkę zajadamy”*

*Formularz proszę wypełnić drukowanymi literami:*

1. Imię, nazwisko i wiek dziecka.

…………………………………………………………………………………………

1. Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego.

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

1. Tytuł pracy. …………………………………………………………………...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
2. Adres e-mail do kontaktu (w celach organizacyjnych konkursu)…………………………….......
3. Nazwa i dane kontaktowe placówki, do której uczęszcza dziecko (adres, telefon, e-mail).

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

**OŚWIADCZENIA**

Ja, niżej podpisany/-a, jako przedstawiciel ustawowy ....................................................................................................................*(imię i nazwisko dziecka)*niniejszym wyrażam zgodę na udział dziecka w konkursie na zasadach określonych
w regulaminie konkursu.

…………………………………… ..………………………………………………
 Miejscowość, data Czytelny podpis rodzica/opiekuna dziecka

Ja, [……………………………………………….……………(imię i nazwisko)] zamieszkała(-y)
w [………..….…………(podać miejscowość)], udzielam niniejszym zezwolenia Państwowej Inspekcji Sanitarnej na rozpowszechnianie mojego wizerunku i mojego niepełnoletniego dziecka […………………….…..….……………..……(imię i nazwisko dziecka)] uwiecznionego na nagraniu wykonanym
w dniu [………………………..] w [......................................................................] w celu przeprowadzenia konkursu. Zezwolenie niniejsze nie jest ograniczone czasowo.

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

Podpis rodzica / przedstawiciela ustawowego

Wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych osobowych w bazie danych organizatora konkursu - ***Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Szczecinie, ul. Spedytorska 6/7, 70-632 Szczecin*** *-*i przetwarzanie ich, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r.
o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2016 r. poz. 922) dla celów niezbędnych do realizacji czynności związanych z konkursem i wykorzystaniem dostarczonych prac.

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

Czytelny podpis

Oświadczam, że zgłoszona przeze mnie do konkursu praca/ prace\* jest/ są/\* wynikiem mojej własnej twórczości i nie narusza/ją\* praw autorskich oraz jakichkolwiek innych praw osób trzecich oraz nie została/y\* zgłoszona/e\* do innych konkursów; zobowiązuję się także nie zgłaszać jej/ ich\* do udziału w innych konkursach.

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

 Czytelny podpis