*C:\Users\r.stolecka\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\FSVO6LI2\MC900434611[1].wmflogo PISZałącznik nr 1*

**ZGODA NA UDZIAŁ**

**W WOJEWÓDZKIM KONKURSIE FILMOWYM**

**PAŃSTWOWEJ INSPEKCJI SANITARNEJ**

pod hasłem „*Dzieciaki dbają o mleczaki”- II edycja*

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 Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. *w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE* 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

W przypadku zajęcia I, II lub III miejsca bądź uzyskania wyróżnienia wyrażam zgodę także na umieszczenie danych osobowych: imienia i nazwiska łącznie z nagrodzoną pracą na stronie internetowej www.wsse.szczecin.pl w zakładce Oddziału Oświaty Zdrowotnej   
i Promocji Zdrowia, w sekcji KONKURSY.

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

Czytelny podpis