



Załącznik nr 1

.....
Imię i nazwisko uczestnika

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/podpisana wyrażam/nie wyrażam* zgody na utrwalanie oraz podanie do publicznej wiadomości moich danych osobowych w zakresie: imienia, nazwiska/ nazwy szkoły/ pełnionych funkcji/ wizerunku* utrwalonego w związku z moim udziałem w dniach.....w stażu zawodowym w w ramach projektu „Podniesienie jakości szkolnictwa zawodowego pomorskich medycznych szkół policealnych – etap II”, konferencjach, wywiadach – w celu promocji projektu, publikacji informacji o jego działaniach i efektach, w tym ich rozpowszechnianie, na:

- ☐ na stronie internetowej Pomorskiej Medycznej Szkoły Policealnej w Sztumie www.medyk.sztum.pl , Facebook;
- ☐ podczas konferencji/gal regionalnych.

W każdym czasie mogę moją zgodę cofnąć pisemnie. W razie mojego cofnięcia zgody na wykorzystanie moich zdjęć cofnięcie nie jest skuteczne w odniesieniu do zdjęć wykonanych przed datą, z którą cofnąłem/cofnęłam moją zgodę.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis osoby pełnoletniej lub rodzica/opiekuna
prawnego w przypadku osoby niepełnoletniej)

*niepotrzebne skreślić