

OŚWIADCZENIE OPIEKUNÓW NIEPEŁNOLETNIEGO WOLONTARIUSZA

Wyrażam zgodę na pracę syna/ córki/podopiecznego/podopiecznej

.....
(imię i nazwisko)

w charakterze wolontariusza/wolontariuszki w Biurze Biegu Uniwersytetu Medycznego.
Adres Biura: Wydział Nauk o Zdrowiu, ul. Kazimierza Bartla 5, Wrocław

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

W razie potrzeby proszę kontaktować się ze mną telefonicznie pod numerem telefonu:

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych i wizerunku

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych syna/córki/podopiecznej/podopiecznego
2. Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości że:
 - administratorem danych jest Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu z siedzibą przy Wybrzeżu Pasteura 1, 50-367 Wrocław, reprezentowany przez Rektora.
 - dane będą przetwarzane w celu organizacji VI edycji Biegu Uniwersytetu Medycznego, w ramach realizacji działań wolontarystycznych i promocji idei wolontariatu;
 - mam prawo dostępu do treści danych oraz ich poprawienia;
 - podanie danych jest dobrowolne;
 - mam prawo żądania zaprzestania przetwarzania danych osobowych ze względu na swoją szczególną sytuację;
 - mam prawo sprzeciwu wobec przekazywania moich danych osobowych innemu administratorowi danych.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie wizerunku mojego dziecka / podopiecznego poprzez wykorzystanie zdjęć z jego udziałem i publikację na stronach internetowych Uczelni, mediach społecznościowych Uczelni, materiałach promocyjnych Uczelni, a także innych portalach czy publikacjach podmiotów partnerskich oficjalnie współpracujących z organizatorem.

.....
(czytelny podpis Opiekuna/Rodzica)