

Załącznik nr 1

Imię Nazwisko

Wiek Klasa

Szkoła

Adres szkoły.....

.....

Tel. Szkoły..... E-mail Szkoły

Imię i nazwisko nauczyciela / opiekuna

OŚWIADCZENIE

w sprawie zgody na przetwarzanie danych osobowych

W związku z uczestnictwem w XV Powiatowym Konkursie Plastycznym KRAJOBRAZ POLSKI organizowanym przez Miejski Dom Kultury w Ostrowi Mazowieckiej oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uczestnika konkursu (tj. imienia, nazwiska, wieku, szkoły, klasy, wizerunku) w celu przeprowadzenia konkursu, w tym upublicznienia ich na stronie internetowej Miejskiego Domu Kultury w Ostrowi Mazowieckiej oraz na profilach Miejskiego Domu Kultury w Ostrowi Mazowieckiej w portalach społecznościowych.

.....

/Imię i nazwisko uczestnika konkursu/

.....

/ Data /

.....

/ Czytelny podpis uczestnika , w przypadku osób niepełnoletnich rodzica lub prawnego opiekuna /