

.....
/miejsowość i data/

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody nauczyciela
na przetwarzanie danych osobowych dla celów udziału
w WOJEWÓDZKIM KONKURSIE NA PROJEKT EDUKACYJNY
ZREALIZOWANY W RAMACH OGÓLNOPOLSKIEGO PROGRAMU EDUKACYJNEGO
„TRZYMAJ FORMĘ!”
w roku szkolnym 2017/2018**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Gorzowie Wlkp. z siedzibą w Gorzowie Wlkp., ul. Jagiellończyka 8 B w celu udziału w Wojewódzkim konkursie na projekt edukacyjny zrealizowany w ramach Ogólnopolskiego Programu Edukacyjnego „Trzymaj Formę!” w roku szkolnym 2017/2018 oraz upublicznienia ich w razie wygranej na stronie internetowej WSSE.

Dane podaję dobrowolnie, wiem o prawie dostępu do danych oraz do ich poprawiania.

Nauczyciel 1 _____
(imię i nazwisko, data i podpis)

Nauczyciel 2 _____
(imię i nazwisko, data i podpis)

Nauczyciel 3 _____
(imię i nazwisko, data i podpis)

Podstawa prawna:

Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r. poz. 922, z późn. zm.)