

Pieczczę szkoły/institucji

„MAŁY MEDYK” ROK AKADEMICKI 2025/2026

Zgoda rodzica/opiekuna prawnego* na przetwarzanie danych osobowych uczestnika projektu.

Imię i nazwisko dziecka:

.....

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego*:

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych (imię, nazwisko, wiek) mojego dziecka dla potrzeb organizacyjnych projektu „Mały Medyk” PAD w UMP, stosownie z art. 23 ust. 1 pkt. 1 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o przetwarzaniu danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 833 z późn. zm.).**

TAK/NIE*

Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego*

.....

* Niepotrzebne skreślić

****Zgoda jest warunkiem uczestnictwa dziecka w projekcie.**