

.....
(pieczęć placówki)

ZGODA NA PRZETWARZANIE WIZERUNKU

Działając jako opiekun prawny dziecka/w imieniu własnym*, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO oraz na podstawie art. 81 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych, niniejszym wyrażam zgodę na rozpowszechnianie wizerunku mojego dziecka/moje wizerunku* w formie papierowej (tradycyjnej) i elektronicznej wraz z danymi identyfikacyjnymi, w tym imieniem i nazwiskiem, przez Zespół Szkół Szpitalnych w Szczecinie w celach promocyjnych, informacyjnych, kulturalnych, edukacyjnych i innych związanych z realizowanymi przez placówkę oświatową zadaniami. Zgoda obejmuje możliwość przetwarzania wizerunku poprzez jego kadrowanie i kompozycję. Mam świadomość tego, iż zgodę mogę wycofać w każdym czasie.

Imię i nazwisko dziecka/imię i nazwisko*:	
PESEL:	
Wizerunek będzie przetwarzany w szczególności w zakresie:	
Udostępniania w Internecie, w tym na stronie internetowej placówki oświatowej, Portalu Edukacyjnym lub profilu placówki oświatowej, zamieszczania w materiałach promocyjnych, informacyjnych, audiowizualnych, broszurach, gazetkach, tablicach ogłoszeń, w związku z konkursami i innymi działaniami edukacyjno – oświatowymi	ZEZWALAM / NIE ZEZWALAM

Data podpisania:

Obowiązek informacyjny zgodny z RODO: <https://sszpitalne.edu.pl/rodo/>

[imię i nazwisko, podpis]

* niewłaściwe skreślić