

.....
Imię i nazwisko matki

data.....

.....
Imię i nazwisko ojca

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na :

1. Przetwarzanie moich danych osobowych i danych osobowych mojego dziecka

.....
Imię i nazwisko dziecka

dla potrzeb Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego dla Dzieci Niewidomych w Owińskach

2. Przetwarzanie danych osobowych i wizerunkowych dziecka do celów diagnostycznych, szkoleniowych i budowania pozytywnego wizerunku placówki w przestrzeni publicznej i w mediach.

Oświadczenie ważne jest przez cały okres współpracy.

.....

Podpisy rodziców

Klauzula Informacyjna

Zgodnie z wymaganiami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) dnia 27 kwietnia 2016 r.

informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci Niewidomych im. Synów Pułku w Owińskach
- 2) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji statutowych działań ośrodka
- 3) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania,
- 4) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże nie podanie danych osobowych uniemożliwia realizację działań