Załącznik nr 1

**KARTA ZGŁOSZENIA**

Konkurs na grafikę/ animację

**pt.** **„HIV - Zrób test – Wiedza to potęga”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Nazwa i adres szkoły |  |
| 2. | Telefon, e-mail |  |
| 3. | Imię i nazwisko uczestnika |  |
| 4. | Imię i nazwisko opiekuna uczestnika i dane kontaktowe |  |

1. Zapoznałem/-am się z Regulaminem Konkursupt. „HIV - Zrób test – Wiedza to potęga”oraz z klauzulą informacyjną wynikającą z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.
2. Informacje zawarte w formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Organizatora: Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Sieradzu, moich danych osobowych na podstawie w art. 6 ust. 1 lit. a) 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 uchylenie dyrektywy 95/46/WE, w celu realizacji zadań związanych z Konkursem pt. „HIV - Zrób test – Wiedza to potęga” w związku z moim udziałem w Konkursie oraz w związku z wykorzystaniem mojego wizerunku przez Organizatora w celu promocji i reklamy Konkursu, w tym publikacji głosu, fotografii, zapisu i powielania cyfrowego obrazu i innych informacji na stronie internetowej Organizatora: [www.gov.pl/web/psse-sieradz](http://www.gov.pl/web/psse-sieradz) oraz w innych mediach.

Jednocześnie oświadczam, że mam świadomość, iż mam prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę na przetwarzanie danych w zakresie nazwy i adresu szkoły, telefonu, e-maila, imienia, nazwiska, wizerunku, nagrań głosu. Wycofanie zgody nie wpłynie na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Ewentualne oświadczenie o wycofaniu zgody należy wysłać na adres e-mail: [oswiata.psse.sieradz@sanepid.gov.pl](mailto:oswiata.psse.sieradz@sanepid.gov.pl)

………………………………... …………………………………………………….

data podpis i pieczątka Dyrektora/Zastępcy

Prosimy o odesłanie wypełnionego formularza do dnia **30.11.2023 r. wraz z Załącznikiem nr 2 lub Załącznikiem nr 3** na adres:

Oświata Zdrowotna i Promocja Zdrowia

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Sieradzu

98-200 Sieradz, ul. P.O.W. 52 tel. 887 436 566, e-mail: [oswiata.psse.sieradz@sanepid.gov.pl](mailto:oswiata.psse.sieradz@sanepid.gov.pl)