Zgłoszenie uczestnictwa  
w konkursie pt.

„IV Pomorski Festiwal Krótkich Filmów o HIV”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Nazwa szkoły |  |
| 2. | Adres szkoły |  |
| 3. | Nr telefonu |  |
| 4. | e-mail |  |
| 5. | Tytuł filmu |  |
| 6. | Liczba osób w zespole (maks. 5) |  |
| 7. | Imiona i nazwiska członków grupy |  |
| 8. | Autor scenariusza |  |
| 9. | Imię i nazwisko opiekuna grupy |  |
| 10. | Telefon kontaktowy opiekuna grupy |  |

Informujemy, że Administratorem danych osobowych jest Pomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny będący jednocześnie Dyrektorem Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gdańsku (80-211), ul. Dębinki 4, tel. (+48) 58 776 32 00. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – e-mail: [iod.wsse.gdansk@sanepid.gov.pl](mailto:iod.wsse.gdansk@sanepid.gov.pl). Pełna treść klauzuli informacyjnej znajduje się w załączniku nr 1 do regulaminu konkursu.