**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**POWIATOWY KONKURS WIEDZY O AIDS**

**Rok szkolny 2023/2024**

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

1. Zapoznałem/am się z Regulaminem Powiatowego Konkursu Wiedzy o Aids oraz z klauzulą informacyjną o warunkach przetwarzania danych osobowych 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 Organizatorów: Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Zgierzu, ul. A. Struga 23 i Samorządowe Liceum Ogólnokształcące im. Romualda Traugutta w Zgierzu, ul. A. Musierowicza 2, moich danych osobowych, w tym na przetwarzanie, o którym mowa w art. 6 ust. 1a, zgodnie z  Rozporządzeniem 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 Powiatowym Konkursem Wiedzy o AIDS, w  związku z moim udziałem w Konkursie oraz w  związku z wykorzystaniem mojego wizerunku przez Organizatorów w celu promocji i reklamy Konkursu, w tym publikacji głosu, fotografii, zapisu i  powielania cyfrowego obrazu i innych informacji na stronach internetowych Organizatorów: <https://www.gov.pl/web/psse-zgierz> i <https://traugutt.miasto.zgierz.pl> oraz w innych mediach.

4. 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 wysyłać na adres: sekretariat.psse.zgierz@sanepid.gov.pl

……………………………………………. ……………………………………………………………

 *data podpis i pieczątka Dyrektora/Zastępcy*

**Prosimy o przesłanie drogą elektroniczną na adres: :** **sekretariat.psse.zgierz@sanepid.gov.pl** **do dnia**

**20 listopada 2023r wraz z  załącznikami**.