

## ZGODA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO NIEPEŁNOLETNIEGO UCZESTNIKA KONKURSU NA UDZIAŁ W KONKURSIE

.....  
(miejsowość, data)

Ja niżej podpisany/a, jako przedstawiciel ustawowy .....  
(imię i nazwisko niepełnoletniego uczestnika konkursu)

zwanego/ej dalej „Uczestnikiem konkursu”, niniejszym wyrażam zgodę na jego udział w

Powiatowym Konkursie Wiedzy o HIV/AIDS „HIV/AIDS – podaj rękę, nie zarazisz się!”

na zasadach określonych w regulaminie konkursu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich oraz Uczestnika konkursu danych osobowych przez Administratora danych Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bytowie.

Oświadczam także, że zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych.

Brak wyrażenia zgody na udział w konkursie, brak udzielenia zgody na przetwarzanie danych osobowych Uczestnika konkursu lub jego przedstawiciela ustawowego są równoznaczne z bezskutecznością zgłoszenia.

.....  
(podpis przedstawiciela ustawowego)