Załącznik nr 3

OZ.9023.2.3.2024

**ZGODA OSOBY PEŁNOLETNIEJ**

**NA WYKORZYSTANIE DANYCH OSOBOWYCH/ WIZERUNKU**

**W XXX POWIATOWYM FESTIWALU PIOSENKI O ZDROWIU 2024**

...……………………………………………………………………..…………

(miejscowość, data)

Ja ,……………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………….................………..................,  
(imię i nazwisko osoby pełnoletniej)

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Organizatorów Festiwalu moich danych osobowych na potrzeby niezbędne do przeprowadzenia Festiwalu, 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 uchylenia dyrektywy 95/46/WE, (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.). Dane uczestnika mogą być przetwarzane też celem realizacji działań oświatowo-zdrowotnych i promocji zdrowia.
2. Wyrażam zgodę na nieodpłatne używanie, wykorzystanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku, utrwalonego jakąkolwiek techniką na wszelkich nośnikach (w tym w postaci fotografii i dokumentacji filmowej) przez Organizatorów Festiwalu na potrzeby Festiwalu Piosenki o Zdrowiu, na podstawie art. 81 ust. 1 ustawy   
   z 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2509).
3. Niniejsza zgoda jest nieodpłatna, nie jest ograniczona ilościowo, czasowo ani terytorialnie.
4. Dla potrzeb Festiwalu/ Konkursu mój wizerunek może być użyty do różnego rodzaju form elektronicznego przetwarzania, kadrowania, kompozycji, a także zestawiony z wizerunkami innych osób, może być uzupełniony towarzyszącym komentarzem, natomiast nagrania filmowe z jego udziałem mogą być cięte, montowane, modyfikowane, dodawane do innych materiałów powstających na potrzeby Festiwalu/ Konkursu.
5. Niniejsza zgoda dotyczy w szczególności wykorzystywania mojego wizerunku poprzez zamieszczanie fotografii i/lub nagrania filmowego i obejmuje wszelkie formy publikacji, przede wszystkim rozpowszechnianie   
   w Internecie (w tym na stronach i portalach społecznościowych Organizatorów) oraz zamieszczenie w materiałach promocyjnych i informacyjnych bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania.
6. Mój wizerunek nie może być użyty w formie lub publikacji dla mnie obraźliwej lub naruszać w inny sposób moje dobra osobiste.
7. Posiadam wiedzę, że podanie danych jest dobrowolne, jednak brak wyrażenia zgody na udział w konkursie i na przetwarzanie danych osobowych są równoznaczne z bezskutecznością zgłoszenia.

………………………………………………………………….................................................  
 *(czytelny podpis osoby pełnoletniej)*

**INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

1. Współadministratorami Pani/Pana danych osobowych jest Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna   
   w Warszawie reprezentowana przez Mazowieckiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego/ Dyrektora Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Warszawie, ul. Żelazna 79, 00-875 Warszawa ([sekretariat.wsse.warszawa@sanepid.gov.pl](mailto:sekretariat.wsse.warszawa@sanepid.gov.pl)), Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Siedlcach reprezentowana przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Siedlcach/ Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Siedlcach, ul. Księcia Józefa Poniatowskiego 31, 08-110 Siedlce ([sekretariat.psse.siedlce@sanepid.gov.pl](mailto:sekretariat.psse.siedlce@sanepid.gov.pl)) oraz Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Garwolinie reprezentowana przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Garwolinie/ Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Garwolinie, ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 13, 08-400 Garwolin ([sekretariat.psse.garwolin@sanepid.gov.pl](mailto:sekretariat.psse.garwolin@sanepid.gov.pl)).
2. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych:

* Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Warszawie: [iod.wsse.warszawa@sanepid.gov.pl](mailto:iod.wsse.warszawa@sanepid.gov.pl)
* Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Siedlcach: [iod.psse.siedlce@sanepid.gov.pl](mailto:iod.psse.siedlce@sanepid.gov.pl)
* Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Garwolinie: [iod.psse.garwolin@sanepid.gov.pl](mailto:iod.psse.garwolin@sanepid.gov.pl)

1. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu wykonania zadania publicznego w postaci Festiwalu/ Konkursu oraz realizacji działań oświatowo-zdrowotnych i promocji zdrowia w oparciu o zgodę na udział w Festiwalu/ Konkursie i przetwarzanie danych osobowych (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. a i e RODO). Zakres i warunki przetwarzania danych opisuje Regulamin Festiwalu. Podstawa prawna przetwarzania danych wynika w szczególności z ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 338, z późn. zm.).
2. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być instytucje zaangażowane w organizację i przeprowadzenie Festiwalu/ Konkursu oraz realizację działań oświatowo-zdrowotnych i promocji zdrowia.
3. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji, lecz nie krócej niż przez okres wskazany w przepisach o archiwizacji lub innych przepisach prawa.
4. Ma Pani/Pan prawo do żądania od Administratora:
5. dostępu do swoich danych i otrzymania ich kopii,
6. do sprostowania (poprawiania) swoich danych,
7. do usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych w przypadku, gdy dane nie są już niezbędne do celów, dla których były zebrane lub osoba, której dane dotyczą kwestionuje prawidłowość danych osobowych,
8. cofnięcia zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

W celu skorzystania z przysługujących praw należy skontaktować się z Administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych.

1. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy.
2. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

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

*(data i czytelny podpis osoby pełnoletniej)*