|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Załącznik nr 1**

Zgoda opiekuna prawnego dziecka, które nie ukończyło 18 lat

na udział w konkursie pt.: „Nie daj szansy AIDS”

Ja niżej podpisany/a, jako opiekun prawny .................................................................................

*(imię i nazwisko uczestnika konkursu)*

niniejszym wyrażam zgodę na udział dziecka w konkursie na fotografię pt.: „Nie daj szansy AIDS”na zasadach określonych w regulaminie konkursu.

Oświadczam także, że zgłoszona do niniejszego konkursu praca jest wynikiem własnej twórczości................................................................................*(imię i nazwisko uczestnika konkursu)*

i nie narusza praw autorskich oraz jakichkolwiek innych praw osób trzecich oraz nie została zgłoszona do innych konkursów o podobnej tematyce.

Wyrażam zgodę na przeniesienie autorskich praw majątkowych do pracy konkursowej wykonanej przez …………………………… *(imię i nazwisko uczestnika konkursu)* w ramach ww. konkursu na organizatorów konkursu i udzielam im nieodpłatnie zgody na wykonywanie autorskiego prawa zależnego, zgodnie z postanowieniami regulaminu konkursu.

1. **Oświadczenie opiekuna prawnego uczestnika :**

- Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem konkursu i akceptuję jego warunki.

- Stosownie do art. 7 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 uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej „RODO”, niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uczestnika konkursu w celu   
i zakresie niezbędnym do organizacji i rozliczenia konkursu pt.: „Nie daj szansy AIDS”.

**2. Informacje o przetwarzaniu danych osobowych**

1. **Administratorem** danych osobowych jest *(PSSE)* **Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna** z siedzibą **w Wolsztynie***,* z którym można się kontaktować w następujący sposób:

 - listownie: **Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna,** **ul. Drzymały 16,   
64-200 Wolsztyn**  
  - przez elektroniczną skrzynkę podawczą o adresie: **/PSSEWolsztyn/SkrytkaESP**

- telefonicznie: **68 384 20 23**

**Inspektor ochrony danych**

Z Inspektorem Ochrony Danych (IOD) można się kontaktować poprzez Elektroniczną Skrzynkę Podawczą Urzędu lub e-mailem na adres: **iod.psse.wolsztyn@sanepid.gov.pl**

1. **Cele i podstawy przetwarzania**

Celem przetwarzania danych osobowych jest udział w konkursie pt.: „Nie daj szansy AIDS”

1. **Okres przechowywania danych:** do 30.06.2023 r.
2. **Odbiorcy danych osobowych:** Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu, Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego, Kuratorium Oświaty w Poznaniu.
3. **Prawa osób, których dane dotyczą**

Zgodnie z RODO przysługuje Państwu:

1. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
2. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
3. prawo do usunięcia danych osobowych w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej;
4. prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
5. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
6. prawo do wniesienia skargi do Prezes UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa)

......................................................... .................................................  
 *(miejscowość, data) (podpis opiekuna prawnego)*