**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**POWIATOWY KONKURS WIEDZY O AIDS**

**Rok szkolny 2021/2022**

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

1. Zapoznałem/am się z Regulaminem Konkursu 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 Organizatora Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Zgierzu 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 Organizatora w celu promocji i reklamy Konkursu, w tym publikacji fotografii, zapisu i  powielania cyfrowego obrazu i innych informacji na stronie internetowej Organizatora: <https://www.gov.pl/web/psse-zgierz> oraz w innych mediach.

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

*data podpis i pieczątka Dyrektora/Zastępcy*

**Prosimy o przesłanie drogą elektroniczną na adres** [**zgierz@pis.lodz.pl**](mailto:zgierz@pis.lodz.pl) **do dnia 22 listopada 2021r wraz z  załącznikami**.