



Załącznik nr 1
do Umowy

....., dnia.....
(miejscowość) (data)

ZGODA RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH**

Ja niżej podpisana/podpisany.....

zam.

numer telefonu*.....

1. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody** na udział w „Programie Polityki Zdrowotnej w zakresie walki z otyłością wśród uczniów klas I – VIII Szkół Podstawowych na terenie Gminy Białe Błota w latach 2020 - 2025”

mojego dziecka:

(imię i nazwisko dziecka)

Córka/syn* uczęszcza do

(nazwa szkoły)

2. Potwierdzenie rezygnacji z udziału w programie w trakcie jego trwania.

Przyczyna rezygnacji

.....
.....
.....
.....

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

3. Oświadczam, że zostałem poinformowany o treści art.13 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) i przyjmuję do wiadomości że, administratorem danych osobowych wnioskodawcy oraz podopiecznego jest Gmina Białe Błota z główną siedzibą Urzędu Gminy przy ul. Szubińskiej 7 której przedstawicielem jest Wójt Gminy Białe Błota. Dane osobowe moje i dziecka niepełnoletniego pozostającego pod moją opieką prawną na podstawie art.6 ust.



1 lit a oraz art.6 ust. 1 lit a w zw. z art. 8 RODO tj. na podstawie zgody. Podanie danych jest nieobowiązkowe ale brak podania danych uniemożliwia udział w Projekcie. Dane osobowe mogą być przekazane podmiotowi zewnętrznemu na podstawie umowy powierzenia danych osobowych w celu realizacji świadczenia. Pytania w zakresie spraw związanych z ochroną danych osobowych należy kierować do powołanego Inspektora ochrony danych osobowych na adres e-mail: iod@bialeblota.eu. Pozostałe informacje w zakresie przetwarzania danych osobowych można uzyskać na stronie internetowej www.bip.bialeblota.pl w zakładce Ochrona danych osobowych lub sekretariacie/biurze obsługi klienta Urzędu Gminy Białe Błota.

* pole nieobowiązkowe

** niepotrzebne skreślić

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)