………………………………………

/miejscowość i data/

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody nauczyciela**

 **na przetwarzanie danych osobowych dla celów udziału
w WOJEWÓDZKIM KONKURSIE NA PROJEKT EDUKACYJNY**

**ZREALIZOWANY W RAMACH OGÓLNOPOLSKIEGO PROGRAMU EDUKACYJNEGO**

**„TRZYMAJ FORMĘ!”**

**w roku szkolnym 2016/2017**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Gorzowie Wlkp. z siedzibą w Gorzowie Wlkp., ul.Mickiewicza12b oraz Urząd Marszałkowski z siedzibą w Zielonej Górze, ul. Podgórna 7,w celu udziału w Wojewódzkim konkursie na projekt edukacyjny zrealizowany w ramach Ogólnopolskiego Programu Edukacyjnego „Trzymaj Formę!” w roku szkolnym 2016/2017 oraz upublicznienia ich w razie wygranej na stronie internetowej WSSE.

Dane podaję dobrowolnie, wiem o prawie dostępu do danych oraz do ich poprawiania.

Nauczyciel 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(imię i nazwisko, data i podpis)

Nauczyciel 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(imię i nazwisko, data i podpis)

Nauczyciel 3 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(imię i nazwisko, data i podpis)

Podstawa prawna:

Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych ( tekst jednolity: Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.)