

**ZGODA
RODZICÓW LUB PRAWNYCH OPIEKUNÓW NA UDZIAŁ DZIECKA JAKO
WOLONTARIUSZA W AKCJI „POLA NADZIEI”**

Ja niżej podpisana/y

wyrażam zgodę na aktywny udział mojego dziecka (imię i nazwisko dziecka)

.....
pozostającej/ego pod moją opieką prawną, w zadaniach na rzecz Fundacji
Wrocławskie Hospicjum dla Dzieci we Wrocławiu.

tel.:.....

.....

Miejscowość, data

.....

podpis

Dane opiekuna szkolnego:

tel.:.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych osobowych tylko i wyłącznie dla potrzeb niezbędnych do realizacji akcji Pola Nadziei realizowanej przez Fundację Wrocławskie Hospicjum dla Dzieci (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

- a) administratorem tak zebranych danych osobowych jest Fundacja "Wrocławskie Hospicjum dla Dzieci" z siedzibą przy ul. Jedności Narodowej 47/47a/49a, 50-260 Wrocław wpisana przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej, Wydział VI Gospodarczy do Rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej pod numerem KRS 0000287982, NIP 894 292 33 64, REGON 020598370,
- b) dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom wyłącznie w celu realizacji zadań statutowych Fundacji,
- c) zgoda na przetwarzanie danych jest dobrowolna, aczkolwiek brak zgody uniemożliwia udział ww. osoby w akcji „Pola Nadziei”,
- d) mam prawo dostępu do treści danych mojego dziecka oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....
Podpis rodzica/opiekuna