**Załącznik nr 1**

……………………………………………………
Imię i nazwisko uczestnika

**Oświadczenie**

Ja niżej podpisany/podpisana wyrażam/nie wyrażam\* zgody na utrwalanie oraz podanie do publicznej wiadomości moich danych osobowych w zakresie: imienia, nazwiska/ nazwy szkoły/ pełnionych funkcji/ wizerunku\* utrwalonego w związku z moim udziałem w dniu …………...w………….…….. w ramach projektu „Podniesienie jakości szkolnictwa zawodowego pomorskich medycznych szkół policealnych – etap II”, konferencjach, wywiadach – w celu promocji projektu, publikacji informacji o jego działaniach i efektach, w tym ich rozpowszechnianie, na:

|  |
| --- |
|  |

na stronie internetowej Pomorskiej Medycznej Szkoły Policealnej w Starogardzie Gdańskim www.medyk-starogard.pl, Facebook;

|  |
| --- |
|  |

podczas konferencji/gal regionalnych.

W każdym czasie mogę moją zgodę cofnąć pisemnie. W razie mojego cofnięcia zgody na wykorzystanie moich zdjęć cofnięcie nie jest skuteczne w odniesieniu do zdjęć wykonanych przed datą, z którą cofnąłem/cofnęłam moją zgodę.

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

 (miejscowość, data) (czytelny podpis osoby pełnoletniej lub rodzica/opiekuna
 prawnego w przypadku osoby niepełnoletniej)

\*niepotrzebne skreślić