

Imię .....	Nazwisko .....
Wiek .....	Klasa .....
Szkoła .....	
Adres szkoły.....	
.....	
Tel. Szkoły.....	E-mail Szkoły .....
Imię i nazwisko nauczyciela / opiekuna .....	

## OŚWIADCZENIE

### *w sprawie zgody na przetwarzanie danych osobowych*

W związku z uczestnictwem w XV Powiatowym Konkursie Plastycznym KRAJOBRAZ POLSKI organizowanym przez Miejski Dom Kultury w Ostrowi Mazowieckiej oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uczestnika konkursu (tj. imienia, nazwiska, wieku, szkoły, klasy, wizerunku) w celu przeprowadzenia konkursu, w tym upublicznienia ich na stronie internetowej Miejskiego Domu Kultury w Ostrowi Mazowieckiej oraz na profilach Miejskiego Domu Kultury w Ostrowi Mazowieckiej w portalach społecznościowych.

.....

/Imię i nazwisko uczestnika konkursu/

.....

/ Data /

.....

/ Czytelny podpis uczestnika , w przypadku osób niepełnoletnich rodzica lub prawnego opiekuna /