Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Ja niżej podpisany/a .....;
(imię i nazwisko)

zamieszkały/a w .....;
(adres zamieszkania: ulica, nr domu, kod pocztowy, miejscowość)

w związku z przystąpieniem do Projektu **„Dorosłość, samodzielność, rodzina"**, realizowanego jest przez Powiat Policki / Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Policach, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach RPO WZ 2014-2020

wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody* na przetwarzanie mojego wizerunku, do celów związanych z promocją projektu (ustawa z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych – Dz.U. z 2019 r., poz. 1231).

Wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, iż fotografie, filmy lub nagrania wykonane podczas zajęć mogą zostać umieszczone na stronie internetowej projektu oraz wykorzystane w materiałach promocyjnych. Podpisanie oświadczenia jest dobrowolne.

.....
Data i podpis Uczestnika/ Uczestniczki