Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa

**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 **„Rodzina Razem się Trzyma”**, 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, z 2020 r. poz. 288).

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*