Załącznik nr 5 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 **„Regionalne Centrum Wsparcia Osób Niesamodzielnych w Policach”**, realizowanego jest przez Powiat Policki / Szczecińskie Stowarzyszenie „Złoty Wiek” 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 udzielania wsparcia mogą zostać umieszczone na stronie internetowej projektu oraz wykorzystane w materiałach promocyjnych.

**Podpisanie niniejszego oświadczenia jest dobrowolne.**

………………………….*...................................................*

*Data i podpis Uczestnika*