Oświadczenie

Tytuł zadania: **XVI Przeglądu Teatrów Profilaktycznych w Żarach**

Organizatorzy: Burmistrz Miasta Żary oraz MKRPA w Żarach

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

……………………………………………………………………………………………………………

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych i udostępnienie wizerunku mojej córki/mojego

syna \* (imię, nazwisko, szkoła, klasa)……………………………………………………………………

przez organizatorów do celów związanych z przeprowadzeniem zadania oraz opublikowanie danych

i wizerunku córki/syna w materiałach promocyjnych i informacyjnych o konkursie w środkach masowego przekazu, a także wyrażam zgodę na przeniesienie praw autorskich do pracy plastycznej na organizatorów konkursu. Ponadto zorganizowanie wystawy pokonkursowej oraz szeroko pojmowanej promocji zdania na różnych polach i w różnych formach.

Administratorem danych osobowych jest Burmistrz Miasta Żary, Rynek 1-5, 68-200 Żary.

Dane przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. A Ogólnego Rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) i Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000), także art. 50 Ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2016 r. , poz. 666) – w celu realizacji zadania.

Zebranie dane nie będą udostępniane podmiotom trzecim w zakresie realizacji zadania.

Dane będą przechowywane w czasie niezbędnym do zrealizowania zadania i przez rok od jego zakończenia.

Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do swoich danych, ich poprawiania, sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania danych oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Wszelkie uwagi można kierować do Inspektora Danych Osobowych w Urzędzie Miejskim w Żarach Agnieszki Izdebskiej [iod@um.zary.pl](mailto:iod@um.zary.pl) tel. 68 4708395.

Dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu przetwarzaniu, w tym profilowaniu .

Podanie danych jest dobrowolne, ale też niezbędne do realizacji celu zadania. Zgoda może być w każdej chwili odwołana.

……………………………………

data i podpis rodzica/opiekuna

tel. kontaktowy osoby zgłaszającej …………………………………….