

Sułkowice, dnia

OŚWIADCZENIE

Ja
/imię i nazwisko, pesel/

Zam.
/adres zamieszkania/

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Zespół Szkół Zawodowych i Ogólnokształcących w Sułkowicach, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002r. nr 90, poz.631,z późn. zm.)

Równocześnie wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku zgodnie z art.81 ust.1 z dnia 4 lutego 1994 o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz.U. z 2006 r. Nr. 90, poz.631, z późn.zm.).

Zrzekam się wszelkich roszczeń z tego tytułu.

Podpisanie oświadczenia jest dobrowolne.

.....
Data i podpis ucznia
(W przypadku osób niepełnoletnich
rodzica lub opiekuna prawnego)