**ZGODA RODZICA (OPIEKUNA PRAWNEGO) NA UDZIAŁ**

**W SPOTKANIU SŁUŻBY LITURGICZNEJ**

Ja/my\*, niżej podpisany/a/i\*:

…..………………………..............................………….…………………,

*Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego\* małoletniego*

jako posiadający nieograniczoną władzę rodzicielską ojciec/matka/ opiekun prawny\* małoletniego

…………………………………....................……………………………,

*Imię i nazwisko małoletniego*

…………………………………..………………………………………,

*Data i miejsce urodzenia*

…………………………………..………….……………………………,

*PESEL*

…………………………………..……..........……………………………,

*Adres zamieszkania*

Wyrażam zgodę na udział syna/córki w **Spotkaniu SL,** które odbędzie się w dniach: **24.06-1.07.2023 r. w Miejscu Piastowym(Internat MZSP, ul. Dworska 14, 38-430 Miejsce Piastowe)**

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Dz. Urz. UE L z 2016r. nr 119/1- (zwanym RODO) oraz ustawy z dnia 10.05.2018 r. O ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000) - wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i małoletniego.

Wyrażam zgodę na rejestrowanie i rozpowszechnianie wizerunku małoletniego utrwalonego w związku z zajęciami zaplanowanymi w czasie spotkania SL; powyższe może nastąpić w każdy sposób, w tym za pośrednictwem mediów elektronicznych, w szczególności stron internetowych i portali społecznościowych. Niniejsza zgoda odnosi się do utrwalania i wykorzystania wizerunku małoletniego wyłącznie w celach związanych z szeroko rozumianą działalnością Referatu Służby Liturgicznej Zgromadzenia Świętego Michała Archanioła, w tym dla dokumentowania tej działalności i informowania o niej, oraz dla promocji Zgromadzenia; udzielona zgoda jest nieograniczona czasowo i terytorialnie.

Inne istotne informacje, które Rodzice/Opiekunowie chcą przekazać

organizatorowi spotkania (choroby, lekarstwa, uczulenia itp.):

.........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Telefony kontaktowe rodziców/opiekunów prawnych:

.......................................................................................................

 **KLAUZULA INFORMACYJNA**

Informujemy, że administratorem danych osobowych jest Zgromadzenie Świętego Michała Archanioła reprezentowane przez ks. Andrzeja Żarkowskiego, 38-430 Miejsce Piastowe, ul. ks. B. Markiewicza 25a, dla potrzeb organizacji Spotkania Służby Liturgicznej.

Inspektorem Ochrony Danych Jest ks. Grzegorz Sprysak - sprysak@gmail.com

Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawa ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania lub usunięcia.

Szczegółowych informacji na temat przetwarzania danych osobowych, podstawy ich przetwarzania, ewentualnego odbiorcy, dokładnego okresu przechowywania danych i innych udziela administrator.

………………………..............................……………………………,

*(własnoręczny podpis)*

Imię i nazwisko: …………………......………………………………

Miejscowość, data: ………………………23.06.2023r.

\* Niepotrzebne skreślić.