

.....
Miejscowość, data

**ZGODA OPIEKUNA PRAWNEGO, NA UDZIAŁ
OSOBY PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA
W WAKACYJNYM MARATONIE HORRORÓW**

Ja,niniejszym wyrażam zgodę na udział mojego
(Imię i nazwisko prawnego opiekuna)

podopiecznego w Maratonie Horrorów,
(imię i nazwisko podopiecznego/uczestnika maratonu)

który odbędzie się dnia **21.06.2024 o godz. 21:00**, w Studyjnym Kinie Cyfrowym WRZOS; ul Wojska
Polskiego 139,86-100 Świecie.

Telefon kontaktowy:

.....
Numer może być wykorzystany tylko w celu potwierdzenia prawdziwości oświadczenia

.....
Podpis opiekuna prawnego

Klauzula informacyjna oraz formularz zgody

1. Administratorem danych osobowych przekazanych w niniejszym dokumencie jest Centrum Kultury w Świeciu , ul. Wojska Polskiego 139, 86-100 Świecie
2. Dane osobowe w zakresie w jakim jest to niezbędne będą przetwarzane jedynie w celach opisanych w treści tego dokumentu.
3. W dowolnym momencie może Pani/Pan wnieść sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz Pani/Pana podopiecznego danych osobowych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego podopiecznego w zakresie i celach określonych powyżej przez Centrum Kultury w Świeciu, ul. Wojska Polskiego 139, 86-100 Świecie

.....
Podpis opiekuna prawnego