

**ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO
NA PRACĘ WOLONTARIUSZA NIEPEŁNOLETNIEGO**

Niniejszym wyrażam zgodę na podjęcie pracy przez syna/córkę:

.....

w charakterze wolontariusza podczas organizacji i realizacji charytatywnego Biegu po Oddech. Jednocześnie oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem Wolontariatu Polskiego Towarzystwa Walki z Mukowiscydozą i klauzulą informacyjną zamieszczonymi na stronie:

www.bieg.oddechaj.pl/wolontariat/

Imię i nazwisko **rodzica/opiekuna prawnego** wolontariusza:

.....

telefon kontaktowy:

.....

(data i czytelny podpis opiekuna prawnego wolontariusza)

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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 osobowych; RODO), wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą danych osobowych moich/mojego dziecka: imienia, nazwiska, numeru telefonu, adresu email.

.....

.....
Podpis rodziców/prawnych opiekunów