

.....
imię i nazwisko

.....
miejsowość i data

.....
adres

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Ja niżej podpisana oświadczam, że

*wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody**

na przetwarzanie mojego wizerunku dla potrzeb projektu „ROZWÓJ KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH OSÓB AUTYSTYCZNYCH” współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa 9 Solidarne społeczeństwo, 9.3 Rozwój usług zdrowotnych i społecznych, Poddziałanie 9.3.2 Rozwój usług społecznych.

Wykorzystanie wizerunku obejmuje: udostępnianie wizerunku na zajęciach realizowanych w ramach projektu, a także zamieszczanie wizerunku w materiałach promocyjnych.

.....
data i podpis beneficjenta/opiekuna prawnego

**niepotrzebne skreślić. Niewyrażenie zgody na wykorzystanie wizerunku na potrzeby realizacji Projektu jest jednoznaczne z rezygnacją w udziale w projekcie.*