Jastrzębie Zdrój, dn. …….……………..……..

………………………………………………….

*imię i nazwisko* *rodzica/opiekuna prawnego*

\**WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI*

**ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU  
 I DANYCH OSOBOWYCH DZIECKA/ABSOLWENTA**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na **rejestrowanie wizerunku mojego dziecka**:

………………………………………………………………………………………………………

*imię i nazwisko dziecka*

podczas zajęć, akcji, projektów, programów, konkursów, imprez i uroczystości, których organizatorem jest ZSS przy WSRdD w Jastrzębiu- Zdroju i tych, w których placówka zgłosiła swój udział,a także **na wykorzystanie tego wizerunku oraz danych osobowych ucznia   
(imienia i nazwiska)** poprzez:

- wykorzystanie, przetwarzanie i publikowanie wizerunku dziecka na stronie internetowej, portalu społecznościowym, kronice szkolnej, folderach oraz tablicach ściennych prowadzonych przez   
ZSS przy WSRdD w Jastrzębiu-Zdroju i organ prowadzący w celu promocji szkoły i realizowanych przez nią zadań,

- publikację wizerunku w artykułach prasowych i w internetowych serwisach informacyjnych promujących naszą szkołę,

- publikację na stronach placówek i instytucji będących organizatorami projektów, programów, akcji, konkursów, imprez i uroczystości zewnętrznych, w których placówka zgłosiła swój udział   
**w trakcie pobytu dziecka w placówce oraz po jej opuszczeniu.**

WYRAŻAM ZGODĘ / NIE WYRAŻAM ZGODY\* na wykorzystywanie, przetwarzanie   
i publikowanie zdjęć/nagrań zawierających wizerunek dziecka przez podmiot zewnętrzny.

*\* niepotrzebne skreślić*

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

*Z*godnie z art.13 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 **Zespół Szkół Specjalnych przy WSRdD w Jastrzębiu-Zdroju** informuje, że:

1. Administratorem Państwa Danych Osobowych jest **Zespół Szkół Specjalnych przy Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym dla Dzieci w Jastrzębiu- Zdroju**, ul. Kościuszki 14, 44-330 Jastrzębie- Zdrój,

tel. 32/4762500, e-mail: zssjastrzebie@szkolaszpital.pl.

1. Pani /Pana dane osobowe oraz dane osobowe ucznia, którego zgoda dotyczny przetwarzane będą w celu promocji Szkoły i realizowanych przez nią zadań, zgodnie z udzieloną przez Państwa zgodą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO.
2. Odbiorcami danych osobowych Pani/Pana dziecka będą osoby fizyczne i podmioty prawne mające dostęp do wyżej wymienionych stron internetowych, portali, kronik, tablic ściennych i folderów zgodnie z wyrażoną przez Panią/Pana zgodą.
3. Posiada Pani/Pan prawo do żądania dostępu do danych osobowych oraz poprawiania danych osobowych. Ponadto przysługuje Pani/Panu prawo usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.
4. Podanie danych osobowych jest dobrowolne i nie ma żadnych konsekwencji nie podania danych osobowych;
5. Zgoda wyrażona jest do czasu jej pisemnego odwołania.
6. Przysługuje Pani/Panu możliwość skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Inspektorem ds. Ochrony Danych (osobą odpowiedzialną za prawidłowość przetwarzanie danych) jest Grzegorz Piguła (kontakt do inspektora: e-mail: grzegorzpigula@interia.pl, tel. 536767005).

………..………………………………………….

*data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego*

Jastrzębie Zdrój, dn. …………..……..……..

………………………………………………….

*imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego*

\**WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI*

**ZGODA NA WYKORZYSTANIE   
NUMERU TELEFONU, E-MAILA DO RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH**

*\*w przypadku wyrażenia zgody proszę zaznaczyć krzyżyk* 🞏

🞏 \* Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie oraz udostępniam dane kontaktowe,  
w celu otrzymywania telefonicznie w tym za pomocą sms informacji od: Zespołu Szkół Specjalnych przy WSRdD w Jastrzębiu-Zdroju ul.Kościuszki 14, 44-330 o zachowaniu i postępach w rozwoju mojego dziecka

…………………………………………………………………………………………………

*numer tel. rodzica/opiekuna prawnego*

🞏 \* Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie oraz udostępniam dane kontaktowe,  
w celu otrzymywania drogą elektroniczną na podane konto mailowe informacji ze strony: Zespołu Szkół Specjalnych przy WSRdD w Jastrzębiu-Zdroju ul.Kościuszki 14 44-330 o zachowaniu   
i postępach w rozwoju mojego dziecka.

…………………………………………………………………………………………….

*e-mail rodzica/opiekuna prawnego*

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

*Z*godnie z art.13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 **Zespół Szkół Specjalnych przy WSRdD w Jastrzębiu-Zdroju**   
informuje, że:

1. Administratorem Państwa Danych Osobowych jest **Zespół Szkół Specjalnych przy Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym dla Dzieci w Jastrzębiu- Zdroju**, ul. Kościuszki 14, 44-330 Jastrzębie- Zdrój, tel. 32/4762500, e-mail: zssjastrzebie@szkolaszpital.pl.
2. Pani /Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań przez Szkołę zgodnie   
   z udzieloną przez Państwa zgodą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO.
3. Odbiorcami danych osobowych Pani/Pana będą pracownicy Zespołu Szkół Specjalnych przy Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym dla Dzieci w Jastrzębiu- Zdroju zgodnie z wyrażoną przez Panią/Pana zgodą.
4. Posiada Pani/Pan prawo do żądania dostępu do danych osobowych oraz poprawiania danych osobowych. Ponadto przysługuje Pani/Panu prawo usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.
5. Podanie danych osobowych jest dobrowolne i nie ma żadnych konsekwencji nie podania danych osobowych.
6. Zgoda wyrażona jest do czasu jej pisemnego odwołania.
7. Przysługuje Pani/Panu możliwość skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Inspektorem ds. Ochrony Danych (osobą odpowiedzialną za prawidłowość przetwarzanie danych) jest Grzegorz Piguła (kontakt do inspektora: e-mail: grzegorzpigula@interia.pl, tel. 536767005).

…..…....………………………………………….

*data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego*