

## **OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/danych osobowych mojego dziecka na potrzeby Klubu Sportowego Akademickiego Związku Sportowego Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) Administratorem Pani /Pana/dziecka danych osobowych jest Klub Sportowy Akademickiego Związku Sportowego Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu z siedzibą w Gdańsku (80-336) przy ul. Czyżewskiego 29, mail: [biuro@azsawfis.pl](mailto:biuro@azsawfis.pl); tel. 58 552 47 21, kom. 509 386 073
- 2) Pani/Pana/dziecka dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji programu szkolenia sportowego/projektu, do celów statutowych, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości
- 3) Pani/Pana/dziecka dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji programu szkolenia sportowego/projektu/celów statutowych ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości
- 4) Pani/Pana/dziecka dane osobowe będą przechowywane w celach statystycznych i archiwizacyjnych
- 5) Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych
- 6) Podanie danych jest dobrowolne aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w projekcie/programie szkolenia sportowego/celach statutowych
- 7) Wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechnianie wizerunku na potrzeby archiwizacyjne i do realizacji celów statutowych Klubu
- 8) Mam prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania oraz usunięcia zgody w dowolnym momencie.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

imię i nazwisko dziecka/dzieci

\_\_\_\_\_

imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

\_\_\_\_\_

miejsce i data

\_\_\_\_\_

czytelny podpis uczestnika  
(w przypadku osoby niepełnoletniej -  
rodzica/prawnego opiekuna)