

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Miejscowość dnia roku

Imię i nazwisko dziecka - uczestnika terapii

.....

Adres zamieszkania

PESEL uczestnika terapii

Rodzic/opiekun

PESEL matki

tel. kontaktowy do rodzica/opiekuna

OŚWIADCZENIE

Ja

niziej podpisana/y, posiadająca/y pełną władzę rodzicielską reprezentująca/y małoletniego:

.....

oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego wyżej wymienionego dziecka dla potrzeb niezbędnych do realizacji **Projektu badań przesiewowych dzieci 6 i 7 letnich z zastosowaniem Polskiego Pediatrycznego Testu Zdaniowego PTZ - D prof. Edwarda Ozimka** realizowanego przez **FUNDACJĘ BONUM COMMUNE** z siedzibą w Poznaniu przy ul. Kozłowskiego 5, KRS 0000108171 (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych tj. Dz.U. z 2014r. poz.1182, z późn. zm.).

.....

(data i czytelny podpis rodzica /opiekuna)