

METRYKA PRACY PLASTYCZNEJ

ZILUSTROWANA PORA ROKU

IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA

WIEK UCZESTNIKA

NAZWA ODDZIAŁU SZPITALA

NR TELEFONU RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO UCZESTNIKA

ADRES E-MAIL RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO UCZESTNIKA

ADRES KORESPONDENCYJNY UCZESTNIKA

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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) (Dz.U.U.E.L.2016.119.1) (dalej „RODO”) informujemy, iż:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Fundacja Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie „O ZDROWIE DZIECKA”, adres: ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków, NIP 6790166470, e-mail: kontakt@ozdrowiedziecka.org („dalej Fundacja”).
- Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych będzie odbywać się na podstawie wyrażonej przez Panią/Pana zgody (art. 6 ust.1 lit. a RODO) w celu udziału w Konkursie Plastycznym „MOJA ULUBIONA PORA ROKU” oraz przekazania dyplomów i nagród zwycięzcom Konkursu.
- Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do zgłoszenia pracy plastycznej do Konkursu.
- W każdej chwili przysługuje Pani/Panu prawo do wycofania zgody na przetwarzanie udostępnionych danych osobowych, ale cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pani/Pana zgody przed jej wycofaniem. Wycofanie zgody może nastąpić poprzez wysłanie informacji e-mail o wycofaniu zgody lub złożenie oświadczenia o wycofaniu zgody w siedzibie Fundacji bądź wysłanie oświadczenia drogą pocztową na adres Fundacji.
- Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione wyłącznie podmiotom uprawnionym do ich uzyskania na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
- Dane osobowe będą przetwarzane do czasu wywiązania się Fundacji z jej zobowiązań jako organizatora Konkursu.
- Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania lub żądania usunięcia.
- Przysługuje Pani/Panu także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.
- Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą podlegać profilowaniu.

DATA

PODPIS OPIEKUNA PRAWNEGO UCZESTNIKA

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA PRAWNEGO UCZESTNIKA

Oświadczam, że:

- zapoznałem/łam się z REGULAMINEM KONKURSU PLASTYCZNEGO „MOJA ULUBIONA PORA ROKU”,
- w pełni akceptuję jego treść.
- autorem załączonej pracy plastycznej jest pozostający/a pod moją opieką Uczestnik wskazany w METRYCE PRACY PLASTYCZNEJ
- udzielam Fundacji zgodę na korzystanie z przedmiotowej pracy plastycznej w zakresie zwielokrotniania dowolną techniką, w dowolnej ilości egzemplarzy, w tym przeniesienie na inną dowolną technikę artystyczną (druk, fotografowanie itp.), wprowadzanie do obrotu publicznego, publicznego odtwarzania, wyświetlania, nadawania za pomocą wizji lub fonii przewodowej lub bezprzewodowej przez stację naziemną, nadawania za pośrednictwem satelity, najmu, dzierżawy. Zgoda udzielona jest bez ograniczeń terytorialnych i czasowych oraz bez prawa do żądania wynagrodzenia.

DATA

PODPIS OPIEKUNA PRAWNEGO UCZESTNIKA

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w METRYCE PRACY PLASTYCZNEJ przez Fundację Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie „O Zdrowie Dziecka”, w celu udziału w Konkursie Plastycznym „MOJA ULUBIONA PORA ROKU” realizowanym na terenie Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie w terminie od 29 czerwca do 11 września 2026 roku.

DATA

PODPIS OPIEKUNA PRAWNEGO UCZESTNIKA

MIEJSCE NA UWAGI FUNDACJI