

**Konkurs wiedzy
pn. HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową,
organizowany jest przez:**

- Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego Wrocławia, ul. Zapolska 4, 50-032 Wrocław,
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu p.n. Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ, ul. Podróżnicza 26/28, 53-208 Wrocław

we współpracy z wrocławskimi szkołami ponadpodstawowymi

Etap szkolny: październik/listopad 2019 **Miejsce:** szkoła ucznia

Finał konkursu wiedzy: 3 grudnia 2019 roku godz. 10.00-14.00

Miejsce: w Hotelu IBIS Styles Wrocław Centrum, pl. Konstytucji 3 Maja 3

Finał konkursów na plakat, ulotkę odbędzie się 26 listopada o 14.30 w gmachu Liceum Ogólnokształcącym nr XII, plac Orłąt Lwowskich 2a.

ZGODA

Ja, niżej podpisany rodzic /opiekun prawny /pełnoletni uczeń¹:

wyrażam zgodę na udział mojego syna/mojej córki w ww. konkursie wiedzy /jako uczeń pełnoletni zgłaszam swój udział w ww. konkursie wiedzy¹.

Imię i nazwisko syna/córki/pełnoletniego ucznia¹

Nazwa Szkoły, klasa

Ponadto wyrażam zgodę na:

- przetwarzanie danych (imię, nazwisko, szkoła, klasa) na potrzeby konkursu;
- upowszechnianie wizerunku;
- przekazanie powyższych danych do dalszego przetwarzania Wrocławskiemu Centrum Zdrowia SPZOZ w celu wykorzystania ich w ramach filmu relacjonującego przebieg konkursu oraz upublicznianie wizerunku mojego syna/ mojej córki/ mojego¹ w ramach powyższego filmu, zgodnie z par. 7 ust. 5 regulaminu konkursu wiedzy pn. „Wrocławski test na HIV”, dostępnego w siedzibie szkoły oraz na stronie internetowej: www.spzoz.wroc.pl/programy-zdrowotne/konkursHIV
- przekazanie powyższych danych do dalszego przetwarzania TVP. S.A. w celu wykorzystania ich w ramach relacji reporterskiej pod roboczym tytułem „Wrocławski test wiedzy nt. HIV/AIDS”, tworzonej przez TVP. S.A. oraz upublicznianie wizerunku mojego syna/ mojej córki/ mojego¹ w ramach powyższej relacji reporterskiej, zgodnie z par. 7 ust. 5 regulaminu konkursu wiedzy pn. „Wrocławski test na HIV”, dostępnego w siedzibie szkoły oraz na stronie internetowej: www.spzoz.wroc.pl/programy-zdrowotne/konkursHIV

.....
Data i miejsce

.....
podpis rodzica /opiekuna prawnego /pełnoletniego ucznia¹

*RODO - Rozporządzenie 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.

¹ właściwe podkreśli

Wrocław miasto spotkań

Program finansowany przez Miasto Wrocław