

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/podpisany, Uczestnik Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

dobrowolnie **wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*** w trybie art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Ogólnego o Ochronie Danych (zwanego dalej „RODO”), na nieograniczone czasowo i terytorialne rozpowszechnianie mojego wizerunku w materiałach przygotowywanych przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Książu Wielkopolskim, z siedzibą przy ul. Stacha Wichury 11a, 63-130 Książ Wielkopolski na temat działań podejmowanych w związku z **realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025** poprzez upublicznianie mojego wizerunku w zasobach zewnętrznych tj. strona internetowa, media społecznościowe (Facebook), prasa, zwanymi dalej łącznie „Materiałami”.

Ze względu na charakter Materiałów, zgoda jest nieograniczona czasowo i obejmuje również prawo do archiwizowania Materiałów, zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego oraz wewnętrznymi regulacjami przyjętymi w Ośrodku Pomocy Społecznej.

Przyjmuję do wiadomości, że wycofanie zgody jest możliwe w każdym czasie, w szczególności w sytuacji naruszenia przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Książu Wielkopolskim warunków niniejszego oświadczenia i naruszenia dóbr osobistych.

Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

.....
Data i czytelny podpis

*właściwe podkreślić

