...................................................... Chorzów, dnia ..... ..... 20.... r.

 (imię i nazwisko prawnego opiekuna)

.....................................................

......................................................

 (adres zamieszkania)

Dyrektor

Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego

dla Młodzieży Niewidomej i Słabowidzącej

ul. Hajducka 22

41-500 Chorzów

OŚWIADCZENIE

Przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia2016 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, Specjalny Ośrodek Szkolno – Wychowawczy dla Młodzieży Niewidomej i Słabowidzącej w Chorzowie gromadzi dane osobowe, w tym wizerunek mojego syna / córki / podopiecznego/ej

.................................................................................................................

(imię i nazwisko)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(numer pesel)

dla celów szkolnych, w tym związanych z publikacjami medialnymi, egzaminacyjnych i statystycznych, a także umieszczania na stronach internetowych Zespołu.

...............................................................

(podpis składającego oświadczenie)

Uwaga!

Administratorem danych jest dyrektor Specjalnego Ośrodka Szkolno – Wychowawczego dla Młodzieży Niewidomej i Słabowidzącej w Chorzowie.