

ZGODA RODZICA

Imię i nazwisko
rodzica/opiekuna.....

PESEL rodzica/opiekuna:.....

Adres.....

Telefon.....

Wyrażam zgodę na pracę wolontarystyczną mojej/mojego córki/syna

..... w ramach kwesty na rzecz hospicjum
stacjonarnego w Szczecinku realizowanej przez Stowarzyszenie Hospicjum im. Świętego Franciszka
z Asyżu w Szczecinku w dniu 1.11.2017 r.

Zgodnie z art. 27 ust.2 pkt.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.2016 r. poz.922) wyrażam zgodę na przetwarzanie teraz i w przyszłości przez stowarzyszenie Hospicjum im. Św. Franciszka z Asyżu w Szczecinku danych osobowych moich i mojego dziecka oraz wszelkich dokumentów przedstawiających wizerunek mojego dziecka (zdjęcia itp.) w celu upublicznienia tych dokumentów w materiałach promocyjnych, raportach oraz mediach tj. internet, prasa, telewizja itp. Dodatkowo zastrzegam, że publikacja tych dokumentów musi odbywać się w taki sposób, aby nie wskazywała na powiązanie ze sposobem bezpośredniego kontaktu (bez adresu zamieszkania, nr. telefonu, itp.).

Ponadto oświadczam, że zostałam/em pouczony o możliwości cofnięcia w/w zgody w każdym czasie.

Data i podpis rodzica/opiekuna.....

KWESTIONARIUSZ WOLONTARIUSZA

Imię i nazwisko wolontariusza.....

Adres.....

Telefon

Szkoła

PESEL wolontariusza.....

Data urodzenia.....

Data i podpis wolontariusza.....

Prosimy o dostarczenie wypełnionego czytelnie dokumentu na spotkanie szkoleniowo-organizacyjne w dniu 26 PAŹDZIERNIKA o 16.00 w MOPS ul. Wiejska 4.

W trakcie spotkania m.in. zostanie opracowany harmonogram kwesty.