



**DOLNY
ŚLĄSK**



OŚWIADCZENIE

o wyrażeniu zgody na publikację wizerunku na potrzeby programu UPRIGHT którego organizatorem jest Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Złotoryi

Ja, niżej podpisany (imię i nazwisko)

Wyrażam zgodę na nieodpłatne używanie i rozpowszechnianie wizerunku w związku ze współpracą z Wojewódzkim Szpitalem Psychiatrycznym w Złotoryi, ul. Szpitalna 9, 59-500 Złotoryja, NIP: 694-13-68-014; REGON: 001016173.

Wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, że fotografie, filmy i nagrania wykonane podczas projektu mogą zostać umieszczone na stronie internetowej, mediach społecznościowych (YouTube, Facebook, Instagram) Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Złotoryi, wykorzystane w materiałach informacyjnych i promocyjnych.

2. Jednocześnie informujemy, że Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Złotoryi, dalej: „administrator”.

Dane kontaktowe administratora: ul. Szpitalna 9, 59-500 Złotoryja, mail: sekretariat.wszp@gmail.com

Informujemy, że podane, przez Panią/Pana dane osobowe będą przetwarzane w oparciu o następujące przepisy i we wskazanych celach:

- 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 (RODO)) : do realizacji wyżej opisanej współpracy.

Informujemy ponadto, że przysługuje Pani/Panu prawo do wglądu do swoich danych, prawo do Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Złotoryi ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do przenoszenia danych, wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych oraz złożenia sprzeciwu względem ich przetwarzania.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis