**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

**O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

W związku z przystąpieniem mojego dziecka do projektu pn. „Ośrodki Promocji, Edukacji i Terapii Rodzin – program rozwoju i profesjonalizacji usług psychoedukacyjnych i terapeutycznych dla rodzin w woj. opolskim” realizowanego w ramach RPO WO 2014-2020 wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych przez Diecezjalną Fundację Ochrony Życia w Opolu, jej partnera Diecezjalny Dom Formacyjny w Nysie lub Instytucję Zarządzającą na potrzeby projektu.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………………………….. |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO* |

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY**

**NA BEZPŁATNE WYKORZYSTANIE WIZERUNKU**

1. W związku z udziałem w projekcie pn.„Ośrodki Promocji, Edukacji i Terapii Rodzin – program rozwoju i profesjonalizacji usług psychoedukacyjnych i terapeutycznych dla rodzin w woj. opolskim” realizowanym przez Diecezjalną Fundację Ochrony Życia w Opolu wraz z partnerem Diecezjalnym Domem Formacyjnym w Nysie w ramach RPO WO na lata 2014-2020 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego, zwanego dalej „Projektem*”*,wyrażam zgodę na bezpłatne wykorzystanie wizerunku mojego dziecka (zdjęć, nagrań) w materiałach informacyjno-promocyjnych, służących promocji Projektu, przygotowywanych przez podmioty realizujące Projekt. Oświadczam, że nie będę z tego tytułu wnosił/a żadnych roszczeń.

2. Zgoda, o której mowa w pkt. 1 obejmuje wszelkie formy realizacji i promocji projektu.

3.Wizerunek może być wykorzystywany wyłącznie w przekazanych materiałach wytworzonych w ramach Projektu, będących przedmiotem przeniesienia praw autorskich, na nieodpłatne wykorzystanie tego wizerunku przez Diecezjalną Fundację Ochrony Życia lub jej partnera Diecezjalny Dom Formacyjnym oraz Instytucję Zarządzającą, zgodnie z art. 81 ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (tj. Dz. U. z 2006 r. Nr 90, poz. 631, z późn. zm.)

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | ………………………………………………..…………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO* |