**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

…………………………………………………………………………………………
(Imię i nazwisko rodziców/opiekunów)

Świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka

………………………………………………………………………………………….
(Imię i nazwisko dziecka)

w zakresie *stanu zdrowia mojego dziecka* wyłącznieprzez:

* *Marszałka Województwa Dolnośląskiego z siedzibą we Wrocławiu 50-411, Wybrzeże
J. Słowackiego 12-14, Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego,* oraz
* *ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, mającego siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4,
00-926 Warszawa*

w celach realizacji projektu RPDS.10.01.02-02-0007/19 i zapewnieniu dziecku należytej opieki.

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/ łem poinformowana/ ny, że w tym przypadku nie ma zastosowania prawo do usunięcia danych, ponieważ przetwarzanie moich danych jest niezbędne do wywiązania się z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania na mocy prawa Unii oraz prawa państwa członkowskiego, któremu podlegają Administratorzy.

……………………….………………….…………………………….

Data, miejsce i podpis osoby wyrażającej zgodę\*

\* Jeżeli zgoda wyrażana jest elektronicznie, system informatyczny powinien przechowywać informacje na temat wyrażenia zgody.