„MAŁY MEDYK" ROK AKADEMICKI 2026/2027

Zgoda rodzica/opiekuna prawnego* na utrwalanie i publikowanie wizerunku uczestnika projektu.

Imię i nazwisko dziecka:

……

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego*:

……

Pełnienie przez dziecko szczególnej roli Młodego Wykładowcy wiąże się z publicznym wystąpieniem oraz dokumentowaniem i publikowaniem relacji z tego wystąpienia. Powierzenie dziecku roli Młodego Wykładowcy wymaga zezwolenia rodzica lub opiekuna prawnego na rozpowszechnianie wizerunku dziecka w zakresie określonym w formularzu. Brak takiego zezwolenia nie wpływa na możliwość uczestnictwa dziecka w projekcie w charakterze uczestnika zajęć.

W związku z pełnieniem przez moje dziecko roli Młodego Wykładowcy w projekcie „Mały Medyk" PAD w UMP wyrażam zgodę na utrwalanie jego wizerunku w formie fotografii wykonywanych podczas prowadzonego przez dziecko wykładu, prezentacji lub innych zajęć w ramach projektu oraz na przetwarzanie tego wizerunku przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu w celach informacyjnych, dokumentacyjnych i promocyjnych dotyczących projektu „Mały Medyk" PAD w UMP, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych).

Jednocześnie wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechnianie przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, na podstawie art. 81 ust. 1 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych, wizerunku mojego dziecka utrwalonego w formie fotografii podczas jego wystąpienia w ramach projektu „Mały Medyk" PAD w UMP, w celach informacyjnych, dokumentacyjnych i promocyjnych związanych z realizacją projektu.

Zgoda obejmuje publikację wizerunku na stronie internetowej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu; na oficjalnych profilach Uniwersytetu lub projektu w mediach społecznościowych, w szczególności Facebook, Instagram, LinkedIn oraz YouTube; na drukowanych materiałach informacyjnych i promocyjnych dotyczących projektu „Mały Medyk".

Zgoda jest dobrowolna i może zostać wycofana w dowolnym momencie poprzez przesłanie oświadczenia na adres: malymedyk@ump.edu.pl

Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania ani rozpowszechniania wizerunku dokonanego przed jej wycofaniem. Po otrzymaniu informacji o wycofaniu zgody Organizator zaprzestanie dalszego wykorzystywania wizerunku w zakresie objętym wycofaną zgodą oraz podejmie działania zmierzające do usunięcia materiałów z pozostających pod jego kontrolą stron internetowych i profili społecznościowych, o ile będzie to technicznie i prawnie możliwe.

Potwierdzam, że niniejsza zgoda została udzielona dobrowolnie; zapoznałem/-am się z treścią niniejszego dokumentu; zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości wycofania zgody; ani mnie, ani mojemu dziecku nie przysługuje wynagrodzenie za wykorzystanie wizerunku zgodnie z zakresem niniejszej zgody; otrzymałem/-am informację o zasadach przetwarzania danych osobowych mojego dziecka oraz moich.

Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego*

……

* Niepotrzebne skreślić