



ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Ja niżej podpisany(a),

wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku (zdjęć i filmów), mojego

syna/córki

przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu w związku z udziałem dziecka
w projekcie **MAŁY MEDYK UMP**

Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonywanych zdjęć i filmów, za pośrednictwem dowolnego medium w celach zgodnych z promocją i realizacją projektu MAŁY MEDYK UMP współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Priorytet III Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju, Działanie III.1 Kompetencje w szkolnictwie wyższym, zgodnie z umową o dofinansowanie nr POWR.03.01.00-00-U149/17.

.....
data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

