

**Załącznik nr 1**  
**do regulaminu warsztatów brak dance w dniu 4 lipca 2019 r.**

**KARTA UCZESTWNICTWA**

**WARSZTATY BREAK DANCE**

w dniu 4 lipca 2019 r., Miejsko Gminny Ośrodek Kultury w Bystrzycy Kłodzkiej

Imię i Nazwisko: \_\_\_\_\_

Data urodzenia: \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Zgłaszam gotowość uczestnictwa w warsztatach tanecznych.

Oświadczam że wszystkie dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji i promocji warsztatów (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych).

Podpisanie karty zgłoszeniowej jest równoznaczne z zapoznaniem się i zaakceptowaniem treści Regulaminu warsztatów.

Data i podpis uczestnika/opiekuna\*

**\*niepotrzebne skreślić**

**KLAUZULA INFORMACYJNA RODO:** 1. Administratorem danych osobowych jest Miejsko Gminny Ośrodek Kultury w Bystrzycy Kłodzkiej, adres: 57-500 Bystrzyca Kłodzka, ul. Wojska Polskiego 20 (dalej: Administrator). 2. Dane osobowe są przetwarzane zgodnie z postanowieniami 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 (dalej: RODO) oraz innymi obowiązującymi przepisami. 3. Dane osobowe mogą być przetwarzane przez Administratora również w celu realizacji obowiązków Administratora przewidzianych prawem (art. 6 ust. 1 lit. c RODO), w szczególności obowiązków księgowo-podatkowych, jak również, na podstawie prawnie uzasadnionego interesu Administratora, w celu ochrony praw Administratora, w tym w szczególności dochodzenia roszczeń (art. 6 ust. 1 lit. f RODO). 4. Dane osobowe są przez Administratora przetwarzane wyłącznie przez czas niezbędny do osiągnięcia celów ich przetwarzania wskazanych w niniejszej Polityce lub wypełnienia przez Administratora obowiązków nałożonych prawem, a jeżeli okres przedawnienia roszczeń wynikających z tych celów jest dłuższy – maksymalnie do czasu upływu terminu przedawnienia. 5. Odbiorcami danych osobowych mogą być podmioty współpracujące z Administratorem, tj. podmioty świadczące na rzecz Administratora usługi księgowo, doradcze, marketingowe, serwisowe oraz dostawcy usług IT. 6. Na zasadach określonych w przepisach regulujących ochronę danych osobowych przysługuje Panu / Pani prawo do żądania dostępu do podanych danych, ich sprostowania, ograniczenia ich przetwarzania, usunięcia, prawo do przenoszenia danych, a także prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. 7. W przypadkach, gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie prawnie uzasadnionego interesu Administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO), przysługuje Panu/ Pani prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, jeżeli jest to uzasadnione szczególną Paną / Pani sytuacją. 8. Ponadto przysługuje Panu / Pani, w przypadkach w których dane osobowe przetwarzane są na podstawie zgody wyrażonej przez Pana /Panią, prawo do cofnięcia wyrażonej zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. 9. Ww. uprawnienia (poza prawem do wniesienia skargi do organu nadzorczego) może Pani/ Pan realizować przesyłając stosowne żądanie na adres: Miejsko Gminny Ośrodek Kultury w Bystrzycy Kłodzkiej lub na adres e-mail Inspektora Ochrony Danych – adres e-mail: iodmgok@bystrzycaklodzka.pl

**ZEZWOLENIE NA UDZIAŁ W WARSZTATACH TANECZNYCH**

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka.....  
w WARSZTATACH BREAK DANCE odbywających się w dniu 4 lipca 2019 roku w Miejskim Gminnym Ośrodku Kultury w Bystrzycy Kłodzkiej w godzinach 17.00-20.00

Dane kontaktowe opiekuna:

- imię i nazwisko:

.....

- adres zamieszkania:

.....

- telefon kontaktowy:

.....

.....  
( imię i nazwisko opiekuna )

.....  
( data i podpis )

**OŚWIADCZENIE**

Jednocześnie informuję, że moje dziecko:

\* choruje/ nie choruje\* na przewlekłe choroby

.....

\* jest uczulony (a) / nie jest uczulony (a)

.....

\* inne uwagi

.....

Prawidłowość powyższych informacji potwierdzam:

.....  
data i czytelny podpis opiekuna

Wyrażam / nie wyrażam \* zgodę (y) na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem, hospitalizacją i zabiegami operacyjnymi, w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka przez kierownika opiekuna warsztatów w czasie ich trwania. Jednocześnie nie znam przeciwwskazań zdrowotnych do udziału mojego dziecka w warsztatach.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis opiekuna

\* niepotrzebne skreślić