**Konkurs Pierwszej Pomocy**

**o Puchar Dyrektora**

**Szkoły Policealnej - Medycznego Studium Zawodowego**

**im. Janusza Korczaka w Łukowie.**

**Formularz zgłoszeniowy**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko uczestnika** |  |
| **Numer telefonu uczestnika** |  |
| **e-mail uczestnika** |  |
| **Nazwa szkoły** |  |
| **Dane kontaktowe nauczyciela przygotowującego ucznia do konkursu** | **Imię i nazwisko nauczyciela****Telefon kontaktowy** |

**……………………………… …………………………………..**

 (Miejscowość, data) (podpis uczestnika)

KLAUZULA INFORMACYJNA

1. Administratorem danych jest Szkoła Policealna –Medyczne Studium Zawodowe im. Janusza Korczaka z siedzibą w Łukowie 21-400, przy ulicy A. A. Kryńskiego 10.

2. Dane do kontaktu: Szkoła Policealna -Medyczne Studium Zawodowe, ul. A. A. Kryńskiego 10, 21-400 Łuków, tel. 25 7982639, e-mail: sekretariat@mszlukow.pl.

3. Szkoła Policealna -Medyczne Studium Zawodowe im. Janusza Korczaka gromadzi i przetwarza dane osobowe na podstawie i w granicach obowiązującego prawa.

4. Podanie danych jest dobrowolne. Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości uczestnictwa w konkursie.

5. Dane osobowe będą przetwarzane do czasu istnienia podstawy do ich przetwarzania, w tym również przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji.

6. Ja, ................................................................................................... oświadczam, że zapoznałem/łam się z Klauzulą Informacyjną i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/danych osobowych uczestnika/ w związku z realizacją konkursu Pierwszej Pomocy.

7. Wyrażam zgodę na:

Przetwarzanie danych w celach informacyjnych podczas ogłaszania wyników na stronie internetowej szkoły i na profilu facebook szkoły.

(Miejscowość, data) (Czytelny podpis)