**Zgoda na wykorzystanie wizerunku**

***(zgodnie z Rozporządzenie 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)***

Ja, niżej podpisana/ny

………………………………………………………………………………………………………………………………………

(imię nazwisko)

Urodzony………………………………………………………………………………………………………………………

(data urodzenia)

zgadzam się na uwiecznienie i publikację mojego wizerunku
w fotograficznych i filmowych materiałach informacyjno-promocyjnych Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu realizowanych podczas Praktycznych Warsztatów dla Uczniów Szkół Ponadpodstawowych

w dniach 22-26.09.2025\*.

……………………………………………………………………….

Data, miejsce i podpis osoby wyrażającej zgodę

\*Uwaga dodatkowa: Osoby poniżej 18 roku życia mogą wyrazić zgodę jedynie za zgodą ich opiekunów prawnych.