

## ZGODA

Rodziców lub opiekunów prawnych, żeby zapisać dziecko do Wolontariatu, który działa przy Fundacji ZOBACZ MNIE,  
ul. Ofiar Oświęcimskich 14 / 11, 50 – 069 Wrocław

Ja, niżej podpisana/y

.....  
udzielam zgody na wykonywanie czynności związanych z udziałem w Wolontariacie

.....  
Przebywającej/ego pod moją opieką prawną, w działaniach Wolontariatu.

Oświadczam, że zapoznałam / el się z postanowienia Statutu ([www.zobaczmnie.org](http://www.zobaczmnie.org)) oraz zakresem działań Fundacji w nim zawartym, w tym: pomocy społecznej dzieciom, młodzieży i ich rodzinom w trudnej sytuacji życiowej oraz wyrównywaniu szans tych rodzin i osób, ochronie i promocji zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem finansowania i pomocy organizacyjnej w leczeniu i rehabilitacji dzieci dotkniętych ciężkimi chorobami i niepełnosprawnością. Wsparcie dzieci i młodzież w terapii mentalnej, psychologicznej oraz w rozwoju ich talentów. Cele i zadania placówki, a także idea wolontariatu, u podstaw której stoi dobrowolne, bezpłatne wykonywanie czynności, a także charytatywny, pomocniczy i uzupełniający charakter wykonywanych przez wolontariuszy świadczeń. Oświadczam również, że zapoznałam/zapoznałem się z zasadami przetwarzania danych osobowych dziecka, które zostały podane do mojej wiadomości podczas uzupełniania na stronie internetowej Fundacji ankiety zgłoszeniowej na wolontariusza i w pełni je akceptuję.

Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowany /a, że:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Fundacja ZOBACZ MNIE, ul. Ofiar Oświęcimskich 14 / 11, 50-069 Wrocław, zwana dalej „Fundacją”.
2. Fundacja będzie przetwarzać moje imię i nazwisko, a jeżeli wyrażę na to zgodę również numer telefonu kontaktowego, w celu realizacji Wolontariatu na rzecz Fundacji przez moje dziecko.
3. W dowolnym momencie mam prawo wycofać udzieloną zgodę, co pozostanie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Jednocześnie cofnięcie zgody na przetwarzanie przez Fundację mojego telefonu kontaktowego będzie wiązało się z brakiem możliwości skontaktowania się ze mną przy pomocy tej formy komunikacji, w sprawach związanych z Wolontariatem realizowanym przez moje dziecko.
4. Moje dane osobowe będą przechowywane przez okres wykonywania przez dziecko na rzecz Fundacji Wolontariatu i zostaną usunięte bezpośrednio po zakończeniu Wolontariatu, w terminie nie dłuższym niż 14 dni liczonych od daty zakończenia Wolontariatu.
5. Do moich danych osobowych mogą mieć dostęp Koordynatorzy Fundacji.
6. Przysługuje mi prawo do: dostępu do moich danych oraz otrzymania ich kopii, sprostowania (poprawiania) moich danych, usunięcia moich danych, ograniczenia przetwarzania moich danych, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych, przenoszenia danych, wniesienia skargi do organu nadzorczego do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy prawa o ochronie danych osobowych.
7. Podanie moich danych osobowych jest dobrowolne ale niezbędne, w celu przystąpienia mojego dziecka do Wolontariatu.

\_\_\_\_\_  
(data i podpis)

Wyrażam, zgodę na to by Fundacja ZOBACZ MNIE, ul. Ofiar Oświęcimskich 14 / 11, 50 – 069 Wrocław, przetwarzała numer telefonu komórkowego ....., w celach związanych z komunikacją i niesieniem pomocy przez moje dziecko w Wolontariacie.

TAK

NIE

\_\_\_\_\_  
(data i podpis)