*Załącznik nr 3*

**Oświadczenie Uczestnika / Opiekuna**

Zgodnie z art.13 ust. 1 i ust.2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję iż:

* Administratorem danych osobowych jest ***SZKOŁA PODSTAWOWA NR 8 Z ODDZIAŁAMI INTEGRACYJNYMI*** z siedzibą *w Koninie ul. Wyszyńskiego 24* , kod pocztowy *62-510* adres e-mail: [*sekretariat@sp8.konin.pl*](mailto:sekretariat@sp8.konin.pl)tel. *+48 63 242 48 86;*
* Inspektorem ochrony danych w *SZKOŁA PODSTAWOWA NR 8 Z ODDZIAŁAMI INTEGRACYJNYMI* jest Pan/Pani *Justyna Bruche-mail* [*iod@konin.um.gov.pl*](mailto:iod@konin.um.gov.pl);
* Dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia, rozstrzygnięcia i rozliczenia konkursuŚLADAMI ROCZNIC HISTORYCZNYCH - BITWA WARSZAWSKA 1920, na podstawie art. 6 ust. 1 pkt a, b c, d, e, f;
* Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą wszystkie osoby związane z projektem ŚLADAMI ROCZNIC HISTORYCZNYCH - BITWA WARSZAWSKA 1920;
* Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 1 roku szkolnego;
* Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
* Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa UODO gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
* Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem uczestnictwa w konkursie. Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie wykluczenie  
   z konkursu;
* W przypadku uzyskania tytułu laureata Państwa dane osobowe w zakresie: imię, nazwisko, wizerunek, nazwa szkoły, będą podawane do publicznej wiadomości.

Powyższe przyjąłem/łam do wiadomości.

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………….. | ………………………………………….. |
| Miejscowość, data  …………………………………………..  Miejscowość, data | Podpis Uczestnika  ………………………………………..  Podpis Opiekuna |