**ZGODA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO NA UDZIAŁ MAŁOLETNIEGO   
W PROJEKCIE   
„Moje zdrowie psychiczne – moje życie”**realizowany przez **Fundacja Strefa Innowacji**

**Imię i nazwisko rodzica/opiekuna** …………………………………………………………………………………………………

Data urodzenia ………………………………………………………………………………………………………………..

Miejsce zamieszkania ……………………………………………………………………………………………………………….

Telefon kontaktowy ……………………………………………………………………………………………………………….

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, działając w charakterze przedstawiciela ustawowego mojego małoletniego syna/córki\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, niniejszym wyrażam zgodę na udział w ww. projekcie.

Niniejszym oświadczam, że zapoznałem się z treścią zawieranej przez małoletniego umowy, akceptuję jej treść oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych, oświadczając również, że zostałem poinformowany o prawie do wglądu i aktualizacji danych.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego*

\*