

Declaración de los Padres / Tutores Legales de las personas menores de edad participantes de la Quinta Edición de “Beats of Cochlea” y Talleres de Maestría

(completa el formulario con letras mayúsculas)

Declaro, que doy mi autorización a que mi hijo/a:

.....

pueda participar en la Quinta Edición del Festival “Beats of Cochlea” y Talleres de Maestría, denominado en adelante “Beats of Cochlea” organizado por el Instituto de Fisiología y Patología Auditiva, domiciliado en Warszawa (02-042, ul. Mochnackiego 10) y el Instituto de los Órganos Sensoriales Kajetany, domiciliado en Nadarzyn (05-830, ul. Mokra 1).

La Quinta Edición de „Beats of Cochlea” se compondrá de Talleres de Maestría musicales terminados con el la presentación de las aptitudes de los Participantes denominada en adelante „La Actuación Musical Final”.

- Declaro, que me he familiarizado con las reglas del festival y que las acepto plenamente.
- Doy mi autorización para la inclusión y el procesamiento de datos personales de mi hijo/a, incluidos en el formulario de inscripción para participantes de “Beats of Cochlea” (de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos) en la base de datos electrónica del Instituto de Fisiología y Patología Auditiva domiciliado en Warszawa (02-042, ul. Mochnackiego 10).
- Declaro, que doy mi autorización para colocación de la información sobre mi hijo/a y el uso del material presentado (fotos, grabaciones de audio y video) en los materiales promocionales del Festival impresos y publicados en medios de comunicación (prensa, radio, televisión, internet).

.....

(nombre y apellido del padre / tutor legal)

.....

(fecha y lugar)

(firma del padre / tutor legal)