

## **Oświadczenie rodziców/opiekunów prawnych osób niepełnoletnich biorących udział w 5. edycji „Ślimakowych Rytmów” i Warsztatach Mistrzowskich**

*(prosimy wypełnić drukowanymi literami)*

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na udział mojego dziecka:

.....  
w 5. edycji „Ślimakowych Rytmów” i Warsztatach Mistrzowskich zwanych dalej „Beats of Cochlea” organizowanych przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu z siedzibą w Warszawie (02-042), ul. Mochnackiego 10 oraz Instytut Narządów Zmysłów Kajetany, ul. Mokra 7, 05 - 830 Nadarzyn.

5. edycja „Beats of Cochlea” będzie się składała z: muzycznych Warsztatów Mistrzowskich, które zakończy muzyczny pokaz umiejętności Uczestników zwany dalej „Finałowym Występem Muzycznym”.

- Oświadczam, że zapoznałam/em się z regulaminem „Beats of Cochlea” i akceptuję jego postanowienia.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu z siedzibą w Warszawie, ul. Mochnackiego 10, 02-042 Warszawa, na zasadach określonych w rozporządzeniu 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 (tzw. RODO) danych osobowych mojego dziecka podanych w formularzu rejestracyjnym dla uczestników „Beats of Cochlea”
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie informacji o moim dziecku oraz na wykorzystanie przekazanych materiałów (zdjęć, nagrań audio, nagrań video) w materiałach promujących Festiwal w formie drukowanej oraz w mediach (prasa, radio telewizja, internet).

.....  
*(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)*

.....  
*(data i miejsce)*

.....  
*(podpis rodzica/opiekuna prawnego)*