

.....
Pieczęć Dotowanego

Załącznik nr 2

do umowy Nr/CHUK/2017

z dnia2017 roku

.....
Pieczęć/nazwa szkoły

OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA DZIECKA

„Program zapobiegania chorobom układu krążenia”*

Imię i nazwisko dziecka:.....

Klasa:

Wrażam zgodę na udział mojego dziecka w zajęciach edukacyjnych w ramach „Programu zapobiegania chorobom układu krążenia”.

.....
data

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna dziecka

****Program zapobiegania chorobom układu krążenia finansowany jest ze środków Samorządu Województwa Łódzkiego.***

Uwaga:

- Administratorem danych jest Marszałek Województwa Łódzkiego z siedzibą w Łodzi 90-051, al. Piłsudskiego 8.
- Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji programu polityki zdrowotnej.
- Istnieje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.
- Podanie danych jest dobrowolne.

