

.....
(miejsowość i data)

Zgoda na wykorzystanie wizerunku

Ja,.....
[imię i nazwisko]¹

wyrażam dobrowolną zgodę na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku/wizerunku mojego
małoletniego dziecka*

w trakcie ćwiczeń klinicznych (zajęć dydaktycznych) realizowanych przez nauczyciela akademickiego
Uniwersytetu Rzeszowskiego z udziałem studentów Kolegium Nauk Medycznych w trybie zdalnym (za
pośrednictwem środków porozumiewania na odległość), w trakcie leczenia w Klinicznym Szpitalu
Wojewódzkim nr w Rzeszowie.

Wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalenie i zarchiwizowanie nagrań zajęć z moim udziałem/udziałem
mojego dziecka* w celu przeprowadzenia i udokumentowania przeprowadzenia przez Uniwersytet
Rzeszowski praktycznych zajęć dydaktycznych dla studentów Kolegium Nauk Medycznych oraz w celach
archiwizacyjnych na potrzeby kontroli procesu kształcenia przez uprawnione podmioty.

.....
Podpis:

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/danych osobowych mojego małoletniego
dziecka*

w zakresie wizerunku, dla potrzeb przeprowadzenia i udokumentowania przeprowadzenia przez
Uniwersytet Rzeszowski praktycznych zajęć dydaktycznych dla studentów Kolegium Nauk Medycznych
oraz w celach archiwizacyjnych na potrzeby kontroli procesu kształcenia przez uprawnione podmioty,
zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016
roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781)
oraz zgodnie z poniższą klauzulą informacyjną.

.....
Podpis:

*niepotrzebne skreślić