**Załącznik 1**

Zgłoszenie uczestnictwa

w konkursie multimedialnym

**pt. „HIV/AIDS - żyj bez ryzyka”**

organizowanym w ramach obchodów Światowego Dnia Walki z AIDS 2024

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Nazwa szkoły |  |
| 2. | Adres szkoły |  |
| 3. | Telefon kontaktowy do szkoły |  |
| 4. | E-mail szkoły |  |
| 5. | Imię i nazwisko szkolnego opiekuna konkursu |  |
| 6. | Imię i nazwisko autora pracy |  |
| 7. | Kategoria wiekowa | Szkoła Podstawowa  Szkoła Ponadpodstawowa  \*właściwe podkreślić |

**\*prosimy o czytelne wypełnienie formularza**

\*\*"Informujemy, że Administratorem Danych Osobowych  jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Skarżysku-Kamiennej ul. Czerwonego Krzyża 10, 26-110 Skarżysko-Kamienna. Każda osoba przesyłając wiadomość zawierającą jej dane osobowe ma prawo dostępu do tych danych, żądania ich usunięcia, sprostowania, ograniczenia przetwarzania lub sprzeciwu wobec ich przetwarzania w związku z jej szczególną sytuacją. Przesyłane dane będą przetwarzane wyłącznie w zakresie i celu niezbędnym do realizacji konkursu multimedialnego”.

Wyrażam zgodę na przystąpienie do Powiatowego Konkursu Multimedialnego pt. „HIV/AIDS – żyj bez ryzyka” organizowanego w ramach obchodów Światowego Dnia Walki z AIDS 2024 oraz oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem konkursu i akceptuje jego postanowienia.

………………….……... …………….…………... .…………….…..………

Miejscowość, data Pieczątka szkoły Pieczątka i czytelny podpis Dyrektora