

.....
Miejscowość

.....
Data

Imię (imiona):

Nazwisko:

Data ur.: Miejsce ur.:

PESEL:

Adres zamieszkania:

.....

Kod pocztowy: Miejscowość:

Nr tel: Adres e-mail:

Oświadczenie

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym na przetwarzanie z wykorzystaniem elektronicznych środków przekazu zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. nr 101 poz. 926, ze zm.), przez:

- Ministerstwo Sportu i Turystyki oraz Polski Związek Lekkiej Atletyki, w celu zawarcia i realizacji umów dotyczących dofinansowania zadań publicznych ze środków budżetu państwa, a także środków finansowych otrzymanych z Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej; zawieranych pomiędzy Ministrem Sportu i Turystyki a Polskim Związkiem Lekkiej Atletyki
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Ośrodek Medycyny Sportowej i Ministerstwo Zdrowia w celu objęcia opieką zdrowotną finansowaną z budżetu Ministra Zdrowia

.....
Podpis zawodnika

.....
Podpis rodzica/opiekuna

Uwaga:

W przypadku osób niepełnoletnich, oświadczenie podpisuje także rodzic/opiekun.