

Załącznik nr 4 do Regulaminu kwalifikacji uczestników do **trwałości projektu** „Wspierająca opieka zdrowotna nad osobami zagrożonymi ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w Powiecie M. Sosnowiec”

OŚWIADCZENIE O WIZERUNKU

Ja niżej podpisany(/a).....

(imię i nazwisko składającego(ej) oświadczenie)

Zamieszkały(a):.....

(adres zamieszkania: kod, miejscowość, ulica, nr domu/zamieszkania)

w związku z chęcią korzystania z usług społecznych w ramach trwałości projektu pn. „**Wspierająca opieka zdrowotna nad osobami zagrożonymi ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w Powiecie M. Sosnowiec**”, nr wniosku o dofinansowanie WND-RPSL.09.02.06-24-05A6/18 , **udzielam Hospicjum Sosnowieckiemu im. Św. Tomasza Ap. nieodwołalnego i nieodpłatnego prawa wielokrotnego wykorzystywania zdjęć z moim wizerunkiem bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania.**

Zgoda obejmuję wykorzystanie, utrwalenie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu zgodnym z prowadzoną przez Hospicjum Sosnowieckie im. Św. Tomasza Ap. oraz działalnością i celami projektu „**Wspierająca opieka zdrowotna nad osobami zagrożonymi ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w Powiecie M. Sosnowiec**”, nr umowy o dofinansowanie UDA-RPSL.09.02.06-24-05A6/18.

Oświadczam, że jestem pełnoletni/a i nieograniczony/a w zdolności do czynności prawnych oraz, że zapoznałem/am z powyższą treścią i w pełni ją rozumiem.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA WSPARCIA