

KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA W PRZEGLĄDZIE „XXVIII PRZEDNÓWKA W POLANACH”

KOŚCIELISKO 08.05.2021 r. **Uczestnicy powyżej 18 roku życia i grupy wielopokoleniowe**

1. Imię i nazwisko, wiek (wszystkie występujące osoby):

.....
.....
.....
.....
.....

2. Kategoria:

I. Przegląd grup rodzinnych

II. Przegląd śpiewu pasterskiego - grupa starsza (powyżej 18 lat)

III. Przegląd gry na instrumentach pasterskich im. Jana Folfasa – Grzybka
grupa starsza (powyżej 18 lat)

V. Przegląd muzyk im. Stanisława Nędzy-Chotarskiego i Stanisława Szczepaniaka-
Bańscorza

VI. Przegląd muzyk rodzinnych

3. Instytucja zgłaszająca:

.....

4. Kierownik grupy: nazwisko, adres, kontakt telefoniczny:
telefon obowiązkowy w sprawie kontaktu co do terminu występu!

.....

.....
pieczęć instytucji zgłaszającej

.....
podpis kierownika

Zgoda dotyczy osób w kategoriach powyżej 18 roku życia – należy wypełnić dla KAŻDEJ osoby występującej!

Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych zgodna z RODO

Dotyczy imprezy organizowanej w dniu 8 i 9.05.2021 r. „XXVIII Przednówek w Polanach”

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz użycie mojego wizerunku i rozpowszechnienie go do celów dokumentacyjnych sprawozdawczych, reklamowych oraz promocyjnych (strony internetowe, media, materiały informacyjne) przez organizatora: Gminny Ośrodek Kultury Regionalnej ul. Nędzy Kubińca 76, 34-511 Kościelisko, oraz współorganizatorów i sponsorów w/w imprezy.

Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

Informujemy, że Państwa zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie przez wysłanie wiadomości e-mail na adres naszej firmy spod adresu, którego zgoda dotyczy.

.....
Data, miejsce i podpis osoby wyrażającej zgodę

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA I ŚWIADOMOŚCI RYZYKA

IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA:

Oświadczam, że:

- mój stan zdrowia nie wskazuje na występowanie objawów chorobowych;
- posiadam świadomość ryzyka zakażenia wirusem COVID-19 podczas wydarzenia;
- zapoznałem/am się z obowiązującymi procedurami przestrzegania zasad bezpieczeństwa epidemicznego i zobowiązuję się do ich przestrzegania;

Zobowiązuję się do rezygnacji z uczestnictwa w wydarzeniu w przypadku

- gdy zostaną objęty kwarantanną lub innymi działaniami związanymi z Covid-19;
- zauważę u siebie objawy chorobowe;

Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za niewykonanie tego obowiązku.

.....
czytelny podpis uczestnika