

Załącznik nr 4 do Regulaminu korzystania z usług społecznych w ramach trwałości projektu
„ Utworzenie placówki dziennej opieki i aktywizacji osób niesamodzielnych””

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.
„**Utworzenie placówki dziennej opieki i aktywizacji osób niesamodzielnych**”, nr
wniosku o dofinansowanie RPMP.09.02.03-12-0465/17, **udzielam NZOZ CENTRUM
STOMATOLOGII RODZINNEJ Michał Szczepaniak 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 Dzienny Dom Opieki Seniora oraz działalnością i celami projektu „Utworzenie
placówki dziennej opieki i aktywizacji osób niesamodzielnych” 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