



Fundusze Europejskie  
dla Świętokrzyskiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



WOJEWÓDZTWO  
ŚWIĘTOKRZYSKIE

## Oświadczenie w zakresie zgody na wykorzystanie wizerunku

.....PESEL: .....  
(imię i nazwisko)

Oświadczam, że **wyrażam/ nie wyrażam\*** zgody na wykorzystanie bez wynagrodzenia przez Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Kielcach (dalej zwany: WOMP) i Świętokrzyskie Centrum Onkologii Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kielcach (dalej zwane: ŚCO) mojego wizerunku (twarzy, ubioru, zachowania, głosu, wypowiedzi), który może zostać utrwalony w postaci fotografii, filmu, utworów audio, wykonywanych podczas warsztatów edukacyjnych w ramach przedmiotowego Projektu, dla celów promocyjnych i może zostać umieszczony na stronie internetowej Projektu oraz wykorzystany w materiałach promocyjnych bez konieczności każdorazowego zatwierdzania. Zrzekam się niniejszym wszelkich roszczeń (istniejących i przyszłych), w tym również o wynagrodzenie względem WOMP i ŚCO z tytułu wykorzystania mojego wizerunku/głosu/wypowiedzi na potrzeby określone w oświadczeniu. Oświadczenie obejmuje również prawo do przekazywania mojego wizerunku instytucjom współpracującym w ramach Projektu przez WOMP.

.....  
miejscowość, data

.....  
czytelny podpis Uczestnika Projektu

\*niepotrzebne skreślić

**Skąd dowiedzieli się Pani/Pan o projekcie (jeśli media to jakie)?**

.....