*Załącznik nr 4 do Regulaminu*

**Oświadczenie**

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

(imię i nazwisko)

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

(kierunek studiów)

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

(rok i stopień)

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że:

zapoznałem/-am się z regulaminem lokalnych zawodów symulacji medycznej Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu i akceptuję jego treść.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego wizerunku do celów związanych z promocją. Wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, iż fotografie, filmy lub nagrania wykonane podczas lokalnych zawodów symulacji mogą zostać umieszczone na stronie internetowej [www.cm.umk.pl](http://www.cm.umk.pl), facebook oraz wykorzystane w materiałach promocyjnych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Nauczanie symulacyjne drogą rozwoju dydaktyki medycznej w Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika”   
w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.

Czytelny podpis:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_