



.....
(imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie, PESEL)

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

*Wyrażam zgodę na badanie mojego dziecka.....
w kierunku wad postawy w ramach programu Fundacji AZP „W Trosce o Dzieci”.
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka zawartych w
karcie diagnostycznej programu „W Trosce o Dzieci” dla potrzeb opracowania
danych statystycznych, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych
osobowych. (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz.926 ze zm.)*

.....
(miejsce i data złożenia oświadczenia)

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)

.....
(imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie, PESEL)

.....
(adres zamieszkania)



OŚWIADCZENIE

*Wyrażam zgodę na badanie mojego dziecka.....
w kierunku wad postawy w ramach programu Fundacji AZP „W Trosce o Dzieci”.
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka zawartych w
karcie diagnostycznej programu „W Trosce o Dzieci” dla potrzeb opracowania
danych statystycznych, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych
osobowych. (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz.926 ze zm.)*

.....
(miejsce i data złożenia oświadczenia)

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)