………………………………………………….

Imię i nazwisko

**Zgoda na publikację wizerunku**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Gminną Bibliotekę Publiczną w Michałowicach (dalej

Biblioteka) danych osobowych, w zakresie mojego wizerunku/wizerunku mojego dziecka\* oraz

wykorzystywanie mojego wizerunku/wizerunku mojego dziecka\* w celu zamieszczania go na:

• stronie internetowej Biblioteki

TAK NIE

• profilu Facebook Biblioteki

TAK NIE

• prasie lokalnej

TAK NIE

………………………..………………………………………………………..

Data i Podpis

\* - wybrać właściwe