Augustów, dnia ……………………………

**DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO**

……………………………………………………………………

(imię i nazwisko)

……………………………………………………………………

(telefon kontaktowy)

**POLITECHNIKA BIAŁOSTOCKA**

**Projekt „Politechnika Białostocka**

**Augustowski Uniwersytet Dziecięcy”**

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisana/podpisany\* …………………………………………………………………...…………………………,

 imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

upoważniam ……………………………………………………………………………………………………………………………………,

 imię i nazwisko osoby upoważnianej

legitymującej/legitymującego\* się dowodem osobistym o numerze …………………………………………………..…,

seria i numer dowodu osobistego

do sprawowania faktycznej opieki nad moim dzieckiem/dziećmi\*:

…………………………………………………………………………………………………………………….………………

 imię i nazwisko dziecka/dzieci

w czasie trwania zajęć w ramach Projektu „Politechnika Białostocka – Augustowski Uniwersytet

Dziecięcy” oraz do podpisywania listy obecności na zajęciach w roku akademickim 2024 /2025.

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na przetwarzanie moich danych osobowych w celu upoważnienia innej osoby do sprawowania faktycznej opieki nad moim dzieckiem/dziećmi\*.

………………………………………… ………………………….…………………………

(podpis osoby upoważnianej) (podpis rodzica/opiekuna prawnego)

\*niepotrzebne skreślić