



**Stowarzyszenie Inicjatyw Lokalnych
"Nasze Mysłowice"**

ul. M. Jastruna 15, 41-400 Mysłowice
KRS: 0000665867
NIP: 2220902384, REGON: 366663990

Adres korespondencyjny:

ul. St. Staszica 20a, 41-400 Mysłowice
tel. 606 198 906
biuro@naszemyslowice.pl

**Deklaracja odbycia wolontariatu Stowarzyszenia
Inicjatyw Lokalnych „Nasze Mysłowice”**

Miejscowość, data:.....

Imię i nazwisko:.....

Adres:.....

Telefon:..... **e-mail;**

PESEL -----

Seria i nr dow. Osob.:

Zezwolenie rodziców / opiekunów niepełnoletniego wolontariusza

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na wykonywanie przez syna/córkę pracy o charakterze wolontariusza na rzecz Stowarzyszenia Inicjatyw Lokalnych „Nasze Mysłowice”. Jednocześnie oświadczam że nie będzie to kolidowało z obowiązkami szkolnymi ucznia.

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego

Deklaruję chęć odbycia wolontariatu Stowarzyszenia Inicjatyw Lokalnych
„Nasze Mysłowice”



**Stowarzyszenie Inicjatyw Lokalnych
"Nasze Mysłowice"**

ul. M. Jastruna 15, 41-400 Mysłowice
KRS: 0000665867
NIP: 2220902384, REGON: 366663990

Adres korespondencyjny:

ul. St. Staszica 20a, 41-400 Mysłowice
tel. 606 198 906
biuro@naszemyslowice.pl

Oświadczam, że:

- zapoznałem(am) się ze Statutem S.I.L. "Nasze Mysłowice"
- popieram działalność S.I.L. „Nasze Mysłowice”
- zobowiązuję się do przestrzegania Statutu S.I.L. „Nasze Mysłowice”
- wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych w związku z aplikowaniem o wolontariat w SIL Nasze Mysłowice. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do przetworzenia zapytania. Zostałem poinformowany, że przysługuje mi prawo dostępu do swoich danych, możliwość ich poprawiania, żądania zaprzestania ich przetwarzania. Administratorem danych osobowych jest Stowarzyszenie Inicjatyw Lokalnych Nasze Mysłowice z siedzibą w Mysłowicach, 41-400, ul. M. Jastruna 15
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. „O ochronie danych osobowych”

.....

Data

.....

Podpis deklarującego