

.....  
Miejscowość

.....  
Data

Imię (imiona): .....

Nazwisko: .....

Data ur.: ..... Miejsce ur.: .....

PESEL: .....

**Adres zamieszkania:**

.....

Kod pocztowy: ..... Miejscowość: .....

Nr tel: ..... Adres e-mail: .....

## **Oświadczenie**

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym na przetwarzanie z wykorzystaniem elektronicznych środków przekazu zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. nr 101 poz. 926, ze zm.), przez:

- Ministerstwo Sportu i Turystyki oraz Polski Związek Lekkiej Atletyki, w celu zawarcia i realizacji umów dotyczących dofinansowania zadań publicznych ze środków budżetu państwa, a także środków finansowych otrzymanych z Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej; zawieranych pomiędzy Ministrem Sportu i Turystyki a Polskim Związkiem Lekkiej Atletyki
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Ośrodek Medycyny Sportowej i Ministerstwo Zdrowia w celu objęcia opieką zdrowotną finansowaną z budżetu Ministra Zdrowia

.....  
Podpis zawodnika

.....  
Podpis rodzica/opiekuna

### **Uwaga:**

W przypadku osób niepełnoletnich, oświadczenie podpisuje także rodzic/opiekun.