

# FORMULARZ ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ (DZIECKA) / OSOBY UBEZWŁASNOWIONEJ

Imię i nazwisko Podopiecznego

.....

Adres

.....

.....

**Fundacja Radia ZET**  
**Ul. Żurawia 8**  
**00-503 Warszawa**

Celami statutowymi Fundacji są:

1. niesienie pomocy osobom, w szczególności dzieciom, chorym, niepełnosprawnym, ubogim, zagrożonym wykluczeniem społecznym, dotkniętym wypadkami, klęskami żywiołowymi lub innymi zdarzeniami losowymi;
2. udzielanie pomocy młodzieży uczącej się, w tym szczególnie uzdolnionej, bądź pochodzącej z rodzin niezamożnych;
3. udzielanie pomocy szpitalom i innym placówkom medycznym;
4. udzielanie pomocy placówkom opiekuńczym, oświatowym oraz innym podmiotom prowadzącym bądź wspierającym działalność w zakresie ochrony zdrowia, opieki, edukacji, rodzinnej pieczy zastępczej;
5. wspieranie i prowadzenie inicjatyw o charakterze zdrowotnym, charytatywnym, kulturalnym, edukacyjnym, społecznym i ekologicznym.

Administratorem danych osobowych przekazywanych przez osoby ubiegające się o pomoc jest „Fundacja Radia ZET” z siedzibą w Warszawie, przy ul. Żurawiej 8. Dane osobowe przetwarzane są w celu niezbędnym do wykonania statutowych zadań Fundacji. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz odmowa ich podania może uniemożliwić udzielenie pomocy przez Fundację. Osoba, której dane dotyczą, ma prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo ich aktualizacji oraz żądania ich usunięcia. Dane osobowe mogą zostać udostępnione spółkom należącym do grupy kapitałowej EUROZET w celu niezbędnym do wykonania statutowych zadań Fundacji poprzez prowadzenie akcji antenowych w celu pozyskiwania środków na działalność charytatywną. Lista podmiotów jest dostępna w siedzibie Fundacji Radia ZET, ul. Żurawia 8, 00-503 Warszawa.

## OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych Podopiecznego, udostępnionych Fundacji Radia ZET, w tym danych wrażliwych dotyczących stanu zdrowia, kodu genetycznego lub postępowań sądowych i administracyjnych, przez Fundację Radia ZET z siedzibą w Warszawie przy ul. Żurawiej 8, w celu niezbędnym do wykonania statutowych działań Fundacji. Jestem świadomy dobrowolności podania danych, prawa dostępu do danych Podopiecznego oraz prawa do ich poprawiania lub usunięcia.

.....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego (np. rodzica, opiekuna prawnego)