

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