

Białystok, dnia r.

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

.....
(Adres zamieszkania)

.....
(Numer telefonu)

**Do: Dyrektora Szkoły Podstawowej Nr 5 w
Białymstoku**

**ODWOŁANIE ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH I
WIZERUNKU UCZNIA**

Ja, niżej podpisany/a, jako rodzic / opiekun prawny ucznia/uczennicy:

Imię i nazwisko dziecka:

Klasa:

niniejszym WYCOFUJĘ ZGODĘ na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka w postaci jego wizerunku oraz danych identyfikacyjnych (imię, nazwisko, klasa, osiągnięcia), udzieloną w dniu r. w następującym zakresie (proszę zaznaczyć właściwe pole znakiem X):

- ☐ Całkowite wycofanie zgody we wszystkich kanałach informacyjnych szkoły.
- ☐ Częściowe wycofanie zgody, wyłącznie w odniesieniu do:
 - ☐ oficjalnej strony internetowej szkoły
 - ☐ szkolnego profilu w mediach społecznościowych (Facebook, Instagram)
 - ☐ mediów zewnętrznych (prasa, telewizja, portale internetowe)

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Rozumiem również, że od momentu złożenia niniejszego oświadczenia, Szkoła Podstawowa nr 5 w Białymstoku zaprzestanie publikacji nowych materiałów z wizerunkiem mojego dziecka oraz podejmie działania w celu usunięcia jego wizerunku z dotychczas opublikowanych materiałów cyfrowych w wyznaczonym zakresie, o ile będzie to technicznie możliwe.

.....
(czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

Potwierdzenie przyjęcia wniosku przez szkołę:

Data wpływu: r.

Podpis osoby przyjmującej:
