

## OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany \_\_\_\_\_ (imię, nazwisko),  
w związku z wnioskiem \_\_\_\_\_  
dziecka, którego jestem opiekunem prawnym\*, o stypendium PROGRAMU  
STYPENDIALNEGO 2020/2021 - STYPENDIA DLA UZDOLNIONEJ MŁODZIEŻY FUNDUSZU  
AGRAFKA I FUNDUSZU IM. PAWŁA KRYSZCZYŻYNA, wyrażam zgodę na  
przetwarzanie przez Stowarzyszenie Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce z  
siedzibą w Warszawie (00-590), Marszałkowska 6/6 (dalej jako: „Administrator”)  
moich danych osobowych oraz danych osobowych dziecka\* zawartych we wniosku o  
stypendium w celu umożliwienia administrowania programem stypendialnym, w  
tym umożliwienia kontaktu oraz dokonania oceny wniosku.

TAK

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji drogą elektroniczną (w tym e-mail),  
w rozumieniu art. 10 ust. 2 ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną,  
na temat działań i projektów prowadzonych przez Administratora.  
Przyjmuję do wiadomości, że wyrażenie zgody jest dobrowolne, a udzieloną zgodę  
mogę odwołać w każdym czasie poprzez kontakt z Administratorem.

TAK  NIE  
(zgoda opcjonalna)

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej Stowarzyszenia  
Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce umieszczonej na stronie  
<https://www.filantropia.org.pl/rodo>.

\_\_\_\_\_  
*data*

\_\_\_\_\_  
*czytelny podpis*

\* W przypadku osoby pełnoletniej – podkreślone fragmenty należy skreślić.