



Załącznik nr 12 Zgoda na wykorzystanie wizerunku uczestnika Projektu

.....
imię i nazwisko

.....
nr PESEL

Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku przez Województwo Pomorskie reprezentowane przez Zarząd Województwa Pomorskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej RPO WP 2014-2020, w celu realizacji, monitoringu, ewaluacji i promocji Projektu „**Nowe kwalifikacje pomorskich pielęgniarek**” nr **RPPM.05.05.00-22-0173/19** realizowanego w ramach RPO WP na lata 2014-2020, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2018r. poz.1191, z późn. zm.). Jednocześnie oświadczam, iż zostałem(am) poinformowany(a) o celu wykorzystania mojego wizerunku.

Data i czytelny podpis

.....