**Caritas Diecezji**

**Koszalińsko - kołobrzeskiej**

**ul. ks. bpa Czesława Domina 8**

**75-061 Koszalin**

**tel.: 94 342 36 90**

**e-mail: sekretariat.koszalin@caritas.pl**

**www.koszalin.caritas.pl**

**DEKLARACJA WOLONTARIUSZA**

**NIEPEŁNOLETNIEGO**

Ja niżej podpisany/a ……………………………………………………………………………………….

*nazwisko i imię*

…………………………………

*Data urodzenia*

wyrażam chęć uczestnictwa jako wolontariusz, włączając się w działania
 Caritas DIECEZJI KOSZALIŃSKO – KOŁOBRZESKIEJ

w roku szkolnym 201\_/1\_.

Koszalin, …..……………… …………………………………..

*miejscowość, data* *podpis wolontariusza*

**ZGODA RODZICÓW/ OPIEKUNÓW PRAWNYCH**

Ja niżej podpisany/a……………………………………………………………………………………..

*imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego*

wyrażam zgodę na zaangażowanie się mojego dziecka

………………………………………………………………………

*imię i nazwisko dziecka*

w działalność charytatywno-formacyjną w ramach CENTRUM WOLONTARIATU Caritas DIECEZJI KOSZALIŃSKO - KOŁOBRZESKIEJ.

*Odbiorcą Pani/Pana/dziecka danych osobowych będzie Caritas DIECEZJI KOSZALIŃSKO – KOŁOBRZESKIEJ z siedzibą w Koszalinie przy ul. ks. bpa Czesława Domina 8*

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie, przechowywanie przez Caritas DIECEZJI KOSZALIŃSKO – KOŁOBRZESKIEJ danych osobowych zawartych w deklaracji (ustawa o ochronie danych osobowych z dn. 29.08.1997 r. Tekst jednolity - Dz.U.z 2015r., poz. 2135 z późn. zm). Wyrażam zgodę na publikację zdjęć mojego dziecka związanych z działalnością w ramach promocji Caritas i na stronach www Caritas).*

Koszalin, …..……………… …………………………………..

*miejscowość, data* *podpis wolontariusza*