**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych dotyczących stanu zdrowia**

Ja niżej podpisana/y\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Związek Artystów Wykonawców STOART, w tym jego pracowników, członków organów oraz członków Komisji Socjalnej, danych osobowych dotyczących stanu mojego zdrowia na potrzeby rozpatrzenia przez Komisję Socjalną mojego wniosku o zapomogę a w razie jej przyznania na potrzeby jej realizacji w tym wypłaty przez STOART oraz spełnienia przez STOART prawnych obowiązków z tym związanych.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imię nazwisko (wyraźnie) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_