

ИЗЈАВА О САГЛАСНОСТИ

- ✓ Изјављујем да сам сагласан/на да ће личне податке за моје дете _____ Филозофски факултет у Новом Саду да обрађује у складу са важећим Законом о заштити података о личности.
- ✓ Изјављујем да сам своје податке дао/дала добровољно.
- ✓ Изјављујем да сам обавештен/а и сагласан/на да ће мојим подацима руководити запослени Одсека за романистику Филозофског факултета у Новом Саду за време спровођења активности у оквиру *Месеца франкофоније*.
- ✓ Изјављујем да сам сагласан/на да се лични подаци мог детета _____ обрађују за потребе јавног објављивања података на интернет страници Факултета и путем друштвених мрежа.
- ✓ Сагласан/а сам да се фотографије и снимци који су настали у току активности Месеца франкофоније могу користити за објављивање на интернет страници Факултета, друштвеним мрежама и публикацијама чији је издавач Факултет.

Факултет гарантује физичким лицима, чије податке обрађује, сва права предвиђена Законом о заштити података о личности.

У Новом Саду

дана _____

Име и презиме