Załącznik nr 4 do Regulaminu korzystania ze wsparcia dla opiekunów faktycznych

# Zgoda na wykorzystanie wizerunku uczestnika Projektu

……………………………………………….

Imię i nazwisko

……………………………………………….

Nr dowodu osobistego

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na nieodpłatną publikację mojego wizerunku wraz z imieniem i nazwiskiem, utrwalonego podczas realizacji Projektu na zdjęciach, filmach i/lub spotach promocyjnych przez Zarząd Województwa Pomorskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej FEP 2021-2027 poprzez udostępnianie:

1. w mediach społecznościowych Województwa Pomorskiego (facebook.com/pomorskiewunii, facebook.com/Pomorskie.eu oraz Instagram.com/pomorskie.w.unii)\*,
2. na stronach internetowych prowadzonych przez Województwo Pomorskie (funduszeuepomorskie.pl, pomorskie.eu, bip.pomorskie.eu)\*,
3. na kanale youtube.com/user/pomorskiewunii\*,
4. na prezentacjach podczas eventów promujących Projekt w ramach Funduszy Europejskich\*,
5. w programach telewizyjnych\*, na publikacjach i ulotkach opracowanych przez Województwo Pomorskie\*

oraz przez Beneficjenta **FUNDACJĘ PROGRESJA i Partnerów Projektu (Stowarzyszenie Horyzont, Avenir sp. z.o.o., Gminę Dębnica Kaszubska, Gminę Kobylnica, Gminę Potęgowo)**

1. w mediach społecznościowych Beneficjenta i Partnerów Projektu\*,
2. na stronach internetowych prowadzonych przez Beneficjenta i Partnerów Projektu\*

w celu promocji Projektu w ramach Funduszy Europejskich:. **„Równe szanse - kompleksowe usługi społeczno-zdrowotne na rzecz seniorów i osób z niepełnosprawnościami"** Priorytet 5 Fundusze europejskie dla silnego społecznie Pomorza, Działanie 5.17. Usługi społeczne i zdrowotne, realizowanego w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2022r. poz. 2509).

 ..............................................................

 Data i czytelny podpis

\*niepotrzebne skreślić (można wyrazić zgodę na publikację w wybranych miejscach)