



Projekt V odsevu  
Društvo študentov medicine Slovenije  
Korytkova 2  
1000 Ljubljana

**Zadeva: IZJAVA STARŠEV ALI SKRBNIKOV O SODELOVANJU NA LIKOVNEM NATEČAJU PROJEKTA V ODSEVU**

Spodaj podpisan/-a \_\_\_\_\_ (ime in priimek) dovoljujem, da moj otrok \_\_\_\_\_ (ime in priimek) sodeluje pri likovnem natečaju projekta V odsevu ob evropskem dnevu depresije (1.oktober).

Ob tem soglašam, da se njegov izdelek v primeru izbora skupaj z njegovim imenom, priimkom in imenom šole, ki jo obiskuje, objavi na zaključni razstavi ter za promocijo natečaja ter aktivnosti projekta V odsevu ob evropskem dnevu depresije na spletnih straneh, v revijah, časopisih in drugih tiskanih medijih.

Kraj in datum: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_