**OŚWIADCZENIE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO (Powiat Wałbrzyski)**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA………………………………………………………………………………………………………………..

IMIĘ I NAZWISKO RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO ….………………………………………………………………………

AKTUALNY ADRES ZAMIESZKANIA:

Ulica.…………….………………………………………………………………….…………………………………………........................

Kod pocztowy, miejscowość…………………………………………………………………………………………………………………

PESEL DZIECKA…………………………………………………………………………………………………………………………………….

AKTUALNY NR TELEFONU……………………………………....................................................................................

JA, NIŻEJ PODPISANY OŚWIADCZAM, ŻE KORZYSTAM / NIE KORZYSTAM\*(niewłaściwe skreślić)
Z NASTĘPUJĄCEJ POMOCY DLA DZIECKA W ZAKRESIE REHABILITACJI:

Inne formy pomocy to ( proszę opisać):

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu realizacji zadania pt. „OCHRONA I PROMOCJA ZDROWIA , W TYM DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ W ROZUMIENIU USTAWY Z DNIA 15 KWIETNIA 2011R O DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ: promocja zdrowego trybu życia wśród dzieci i młodzieży, kształtowanie zdrowych nawyków żywieniowych, działanie na rzecz osób chorych i niepełnosprawnych. OCHRONA I PROMOCJA ZDROWIA, W TYM DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ W ROZUMIENIU USTAWY Z DNIA 15 KWIETNIA 2011 R. O DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ” w 2023 roku, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE

…………………….………………………………………

Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

Świadomy/a jestem, że złożenie nieprawdziwego oświadczenia skutkować może cofnięciem pomocy, ze zwrotem kosztów finansowych za udzieloną pomoc włącznie.

…………………….………………………………………

Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest POLSKIE TOWARZYSTWO OPIEKI PALIATYWNEJ ODDZIAŁ
W WAŁBRZYCHU, UL. KRASIŃSKIEGO 8, 58 - 309 WAŁBRZYCH, REGON 890286760
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych: Adrian Szewczyk e mail: ptopw@gmail.com, tel. 601884442 lub bezpośrednio w siedzibie PTOP
3. Dane będą przetwarzane przez osoby mające stosowne upoważnienia
4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych może być podmiot lub instytucja kontrolna w zakresie określonym prawem
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat.
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.
7. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do UODO gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia
27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.
8. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych w jest dobrowolne ale konieczne do wykonania usługi. Brak takiej zgody jest podstawą do odmówienia usługi

**PTOP ODDZIAŁ W WAŁBRZYCHU OPIEKA REHABILITACYJNA DLA DZIECI**

**Świadoma/y jestem, że przyznana pomoc w zakresie sfinansowania zabiegów rehabilitacyjnych finansowana jest wyłącznie na okres trwania dotacji. Po zakończeniu programu finansowanie zabiegów rehabilitacyjnych przez PTOP o/Wałbrzych zostanie zakończone.**

…………………….………………………………………

Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego