

Spis druków do podpisania:

1. Zgoda na leczenie psychiatryczne
2. Zgoda na leczenie i wykonywanie zabiegów medycznych
3. Zgoda na leczenie ambulatoryjne i specjalistyczne
4. Zgoda na kontrolę czystości skóry głowy
5. Zgoda na wyjazdy i wycieczki
6. Zgoda na udział dziecka w zajęciach poza placówką
7. Dane dotyczące stanu zdrowia dziecka
8. Wniosek do zespołu orzekającego powiatowej poradni psychologiczno – pedagogicznej w Tarnowskich Górach
9. Oświadczenie do poradni PP
10. Upoważnienie do odbioru orzeczenia
11. Oświadczenie dotyczące pozostawionych przez wychowanka w placówce rzeczy osobistych
12. Zgoda na uczestnictwo dziecka w lekcji religii
13. Oświadczenie uczestnika zajęć ruchowych na siłowni
14. Zgoda rodziców na uczestnictwo w zajęciach wychowanie do życia w rodzinie
15. Zgoda na publikację wizerunku
16. Oświadczenie o ubezpieczeniu
17. Oświadczenie dotycząca zabezpieczenia dziecka podstawowych artykułów
18. Zaproszenie na przepustki oraz samodzielny przyjazd do domu
19. Zgoda na posiadanie telefonu komórkowego.
20. Zgoda na udział w programie FredGoNet.
21. Zgoda na udział dziecka w zajęciach ścianki wspinaczkowej i wspinania się
22. Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych (dwa egzemplarze)
23. Nauczanie w szkole branżowej.
24. Dane kontaktowe do rodziców/ opiekunów prawnych.
25. Zgoda na zajęcia dodatkowe (park linowy, strzelnica, gokarty, paintball)
26. Informacja o przetwarzaniu danych osobowych – monitoring
27. Zgłoszenie wymeldowania.
28. Oświadczenie do lekarza psychiatry w Lublińcu
29. Zgoda na leczenie stomatologiczne.

1. ZGODA NA LECZENIE PSYCHIATRYCZNE

Imię i nazwisko:

adres zamieszkania:

Wyrażam zgodę na szpitalne leczenie psychiatryczne mojego syna/podopiecznego
..... pesel w trakcie pobytu w Młodzieżowym
Ośrodku Wychowawczym w Krupskim Młynie.

PESEL opiekuna prawnego:

.....

podpis rodzica/opiekuna prawnego

2. ZGODA NA LECZENIE I WYKONYWANIE ZABIEGÓW MEDYCZNYCH

Wyrażam zgodę na szpitalne leczenie i podawanie leków oraz w razie potrzeby na
przeprowadzanie wszelkich zabiegów medycznych wobec mojego syna/podopiecznego
..... pesel w trakcie pobytu
w Młodzieżowym Ośrodku Wychowawczym w Krupskim Młynie.

.....

podpis rodzica/opiekuna prawnego

3. ZGODA NA LECZENIE AMBULATORYJNE I SPECJALISTYCZNE

Wyrażam zgodę na leczenie ambulatoryjne i konsultacje medyczne w poradniach
specjalistycznych (np. stomatolog, chirurg, dermatolog) według potrzeb mojego
syna/podopiecznego pesel
w trakcie pobytu w Młodzieżowym Ośrodku Wychowawczym w Krupskim Młynie.

.....

podpis rodzica/opiekuna prawnego

4. ZGODA NA KONTROLĘ CZYSTOŚCI SKÓRY GŁOWY

Wyrażam zgodę na kontrolę czystości skóry głowy mojego syna/podopiecznego
..... pesel w trakcie pobytu
w Młodzieżowym Ośrodku Wychowawczym w Krupskim Młynie.

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego

5. ZGODA NA WYJAZDY I WYCIECZKI

Wyrażam zgodę na wyjazdy (obozy i wycieczki) mojego syna/podopiecznego
..... pesel w trakcie pobytu
w Młodzieżowym Ośrodku Wychowawczym w Krupskim Młynie.

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego

6. ZGODA NA UDZIAŁ DZIECKA W ZAJĘCIACH POZA PLACÓWKĄ

Wyrażam zgodę na udział mojego syna/podopiecznego
w zajęciach wolontariatu (hospicjum, schronisko dla zwierząt „Cichy ką” itp.) oraz w konkursach
i przeglądach organizowanych na terenie placówki i poza nią.

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna

7. DANE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA DZIECKA

1. Przebyte przez dziecko choroby, w tym zakaźne, urazy, złamania, operacje, pobyty w szpitalu
2. Choroby przewlekłe (choroby serca, astma, padaczka, alergia na leki, leczenie psychiatryczne, padaczka)
 - I. syna/podopiecznego
 - II. w najbliższej rodzinie
3. Czy syn / podopieczny:
 - ma uczulenie, alergię (jeżeli tak to na co?)
 - pali papierosy
 - nosi okulary, aparat słuchowy, aparat ortodontyczny
 - przyjmuje leki na stałe (jakie lub na co?)
 - jest pod opieką poradni specjalistycznej (jakiej)
4. Informacja dotycząca szczepienia:
 - czy był szczepiony według kalendarza szczepień
 - czy posiada szczepienie Engerix (przeciw żółtacze)
5. Czy był leczony psychiatrycznie (kiedy? gdzie?)
6. Czy był hospitalizowany w szpitalu neuropsychiatrycznym? (ile razy? kiedy?)
7. Czy brał leki zapisane przez lekarza psychiatrę? (jakie? Od kiedy? Jakie dawki – jeśli jest dostępna informacja)
8. Czy był konsultowany z powodu uzależnienia (alkohol, narkotyki, dopalacze)?
9. Czy w najbliższej rodzinie występuje problem z uzależnieniem od alkoholu, narkotyków:

10. Jaki jest Pana/Pani stosunek do używek (dopalacze, narkotyki, alkohol)

.....

11. Kto według Pana/Pani obecnie ma największy wpływ na zachowanie syna/podopiecznego:.....

12. Z kim syn/podopieczny spędza najwięcej czasu wolnego:

.....

13. Czy i jak często kontaktuje się Pan/Pani z synem w przypadku, gdy przebywa poza domem:.....

14. Czy syn/podopieczny ma zapewnione właściwe warunki do nauki i wypoczynku:.....

15. Czy korzystał(a) Pan/Pani z pomocy instytucji wspierających rodzinę (kuratorzy sądowi, asystent rodziny, PCPR, MOPS, poradnie psychologiczno – pedagogiczne) w celu zapewnienia nieletniemu wsparcia:.....

16. Czy podjął Pan/Pani pracę nad sobą w celu poprawy swoich umiejętności wychowawczych wobec syna/podopiecznego, jeżeli tak – jakie:.....

17. Z czym syn/podopieczny ma największe problemy (wagary, narkotyki, nieodpowiednie towarzystwo, ucieczki z domu, zbyt dużo czasu przeznaczana na komputer (Internet), przynależność do subkultury chuligańskiej):.....

18. Jak według Pana/Pani syn/podopieczny widzi swoją osobę:

.....

19. Jakie są zainteresowania syna/podopiecznego:.....

20. Jak często spędza Pan/Pani czas wolny z synem/podopiecznym:.....

9. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na złożenie wniosku do poradni psychologiczno – pedagogicznej o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego z uwagi na niedostosowanie społeczne lub innego rodzaju orzeczenia, stosownie do potrzeb oraz o wydanie orzeczenia dyrektorowi Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego w Krupskim Młynie, dla mojego dziecka urodzonego nr PESEL.....
Przebywającego w Młodzieżowym Ośrodku Wychowawczym w Krupskim Młynie.

.....
nr seria dowodu osobistego

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna

10 . UPOWAŻNIENIE

Upoważniam Panią.....
legitymującą się dowodem osobistym numer..... ,pedagoga Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego w Krupskim Młynie do odbioru Orzeczenia wydanego przez Powiatową Poradnię Psychologiczno -Pedagogiczną w Tarnowskich Górach.

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna

**11. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE POZOSTAWIONYCH PRZEZ WYCHOWANKA
W PLACÓWCE RZECZY OSOBISTYCH**

Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy w Krupskim Młynie nie ponosi odpowiedzialności za jakiegokolwiek rzeczy wychowanka pozostawione przez niego w placówce w trakcie jego pobytu na ucieczce bądź niepowrocie z przepustki.

W przypadku skreślenia wychowanka z listy wychowanków Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego w Krupskim Młynie, jest on zobowiązany do odebrania wszystkich swoich rzeczy w ciągu miesiąca od daty skreślenia. Jeśli wychowanek nie może zgłosić się osobiście, odbioru powinni dokonać jego opiekunowie. Odbiór rzeczy odbywa się w obecności dwóch pracowników Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego, za pokwitowaniem.

Po miesiącu od daty skreślenia wychowanka z listy Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego pozostawione przez niego w ośrodku rzeczy zostaną przekazane na rzecz osób potrzebujących.

.....
data i podpis rodzica / opiekuna prawnego

12. ZGODA NA UCZESTNICTWO DZIECKA W LEKCJI RELIGII

.....
imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego

.....
adres

Wyrażam życzenie, aby mój syn/podopieczny
uczęszczał na lekcje religii.

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego

13. OŚWIADCZENIE

uczestnika zajęć ruchowych na siłowni w MOW w Krupskim Młynie

Imię i nazwisko

Data urodzenia

1. Oświadczam, że zostałem zapoznany z regulaminem siłowni i znane mi są warunki uczestnictwa w zajęciach.
2. Oświadczam, że jestem zdolny do udziału w zajęciach na siłowni (brak przeciwwskazań zdrowotnych).

.....
podpis wychowanka

3. Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego syna / podopiecznego w zajęciach na siłowni.

.....
data i podpis rodzica / opiekuna prawnego

14. Zgoda na uczestnictwo ucznia w lekcji wychowania do życia w rodzinie

.....
Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody, aby mój syn/podopieczny
.....
uczęszczał na lekcje wychowania do życia w rodzinie.

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego

15. ZGODA NA PUBLIKACJĘ WIZERUNKU

Wyrażam zgodę na prezentację wizerunku oraz innych danych mojej córki/syna..... związanych z osiągnięciami w dziedzinie edukacji, sportu, kultury itp., oraz z innymi wydarzeniami (m.in. uroczystości, imprezy, wycieczki, konkursy, zawody sportowe) oraz w celach promocji jednostki, organu prowadzącego itp. na stronie www jednostki (lub organizatora wydarzenia) oraz w mediach publicznych, w tym na użytkowanych przez szkołę platformach społecznościowych (m.in. Facebook szkolny), a także w siedzibie szkoły, organu prowadzącego i innych miejscach ogólnie dostępnych.

.....
miejsowość, data

.....
czytelne podpisy rodziców (prawnych opiekunów)

Informuję, że wyrażoną zgodę ma Pani/Pan prawo wycofać w dowolnym momencie, co będzie skutkowało zaprzestaniem dalszego przetwarzania danych określonych niniejszą zgodą.

Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie niniejszej zgody przed jej wycofaniem.

Podstawa prawna: Art. 7 ust. 3 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

.....
pieczęć szkoły

.....
Data

.....
pieczęć imienna i podpis dyrektora

16. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że mój syn/podopieczny (imię i nazwisko, data urodzenia) jest / nie jest* objęty ubezpieczeniem zdrowotnym jako członek rodziny. W/w został zgłoszony do ubezpieczenia przez mój zakład pracy / powiatowy urząd pracy*. (*niepotrzebne skreślić)

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego w Krupskim Młynie o zmianie opisanego powyżej stanu rzeczy.

.....
data i podpis rodzica

17. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ZABEZPIECZENIA DZIECKU PODSTAWOWYCH ARTYKUŁÓW

Zobowiązuję się do bieżącego zabezpieczania mojemu synowi / podopiecznemu następujących środków higieny osobistej oraz środków czystości:

- ✓ pasta i szczoteczka do zębów;
- ✓ mydło / żel pod prysznic;
- ✓ gąbka;
- ✓ szampon do włosów;
- ✓ krem i aparat do golenia;
- ✓ krem do twarzy;
- ✓ szczoteczka do rąk;
- ✓ pumeks;
- ✓ cążki do paznokci;
- ✓ papier toaletowy;
- ✓ proszek lub płyn do prania;

zgodnie ze zgłaszanym przez wychowawcę zapotrzebowaniem:

- ✓ artykuły szkolne;
- ✓ bielizna nocna; ręczniki;
- ✓ obuwie; strój sportowy; odzież - odpowiednio oznakowane (popisane inicjałami dziecka) według załączonej przez rodzica/opiekuna listy
- ✓ płyn do naczyń; igły i nici do szycia;
- ✓ tabletki przeciwbólowe i przeciwzapalne
- ✓ środki opatrunkowe (plastry, bandaże, gaziki jałowe itp.)

.....
data i podpis rodzica / opiekuna prawnego

18. ZAPROSZENIE NA PRZEPUSTKI ORAZ SAMODZIELNY PRZYJAZD DZIECKA DO DOMU

....., dnia.....

.....
imię i nazwisko rodzica / opiekuna

.....
adres zamieszkania

Oświadczam, że podczas pobytu mojego syna / podopiecznego w Młodzieżowym Ośrodku Wychowawczym w Krupskim Młynie wyrażam / nie wyrażam zgody na przyjazdy do domu rodzinnego / placówki w dniach wolnych od zajęć szkolnych oraz w Święta Bożego Narodzenia i Święta Wielkanocne, ferie zimowe i wakacje letnie.

Jednocześnie zobowiązuję się do zapewnienia mu w tym czasie środków finansowych na przejazd do domu i do placówki, właściwą opiekę i przyjmuję odpowiedzialność za jego zdrowie i bezpieczeństwo, a także kulturę osobistą.

Pragnąc współpracy z placówką w procesie wychowawczym mojego syna / podopiecznego oraz mając na uwadze jego dobro i potrzeby zachodzące z wzajemnej więzi rodzinnej, deklaruje utrzymanie z synem / podopiecznym jak najczęstszych kontaktów podczas jego pobytu w Ośrodku (listy, telefony, odwiedziny).

.....
podpis rodzica / opiekuna prawnego

Wyrażam / nie wyrażam / zgodę/y na samodzielny przyjazd mojego syna / podopiecznego do domu rodzinnego / placówki na przepustki w dniach wolnych od zajęć szkolnych oraz w Święta Bożego Narodzenia i Święta Wielkanocne, ferie zimowe i wakacje letnie.

.....
podpis rodzica / opiekuna prawnego

19. ZGODA NA POSIADANIE TELEFONU KOMÓRKOWEGO

Krupski Młyn, dnia

Wyrażam zgodę na posiadanie przez mojego syna
telefonu komórkowego zgodnie z „Regulaminem posiadania telefonów komórkowych przez wychowanków w Młodzieżowym Ośrodku Wychowawczym”.

Przyjmuję do wiadomości, że wychowawca nie ponosi odpowiedzialności za zniszczenie, uszkodzenie lub zaginięcie telefonu mojego syna/ podopiecznego podczas jego użytkowania przez wychowanka.

Przekazuję do użytkowania telefon marki.....

Symbol.....

Znaki szczególne

.....
(podpis rodzica / opiekuna prawnego)

20. ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE FRED GOES NET

Krupski Młyn,

.....
(imię i nazwisko rodzica lub opiekuna prawnego)

.....
(adres)

Z G O D A

Wyrażam zgodę, aby mój syn (podopieczny)
ur.r. uczestniczył w programie zdrowotnym FreD goes net
realizowanym w Tarnogórskim Ośrodku Terapii Uzależnień, Profilaktyki i Pomocy
Psychologicznej TOTU w Tarnowskich Górach.

.....
(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

**21. INFORMACJA DLA RODZICÓW DZIECI,
KTÓRE CHCĄ KORZYSTAĆ ZE SZTUCZNEJ ŚCIANY WSPINACZKOWEJ I ZAJĘĆ
WSPINACZKOWYCH W SKAŁACH**

Polskie ustawodawstwo traktuje każdą formę uprawiania wspinaczki jako odmianę alpinizmu, zaliczanego do sportów wysokiego ryzyka.

Wobec tego mogą je uprawiać osoby, które:

- ukończyły 18 rok życia,
- dzieci i młodzież do 16 roku życia wyłącznie pod nadzorem instruktora lub prawnego opiekuna.

Wspinaczka dzieci powinna mieć charakter nauki wspinania.

Wspinanie może być niebezpieczne! Wspinaczka zwłaszcza bez zachowania zasad bezpiecznej asekuracji może doprowadzić do wypadku, a w konsekwencji utraty zdrowia, a nawet życia wspinacza lub osób postronnych.

IMIĘ I NAZWISKO RODZICA / OPIEKUNA

.....

PESEL RODZICA:

ADRES:

.....

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczamy, że zgadzamy się na wspinanie na sztucznej ścianie wspinaczkowej i skałach naszego

syna PESEL dziecka

a także udział w zajęciach wspinaczkowych prowadzonych w skałach. Przejmujemy odpowiedzialność za wszelkie wypadki i kontuzje wynikające z nieprzestrzegania zasad bezpieczeństwa oraz zaleceń opiekujących się obiektem i prowadzącymi zajęcia instruktorów.

Jest nam wiadomo, że wspinaczka jest sportem niebezpiecznym i nawet na sztucznym obiekcie możliwe są kontuzje, w związku z powyższym przyjmujemy do wiadomości, iż ubezpieczenie naszego dziecka od następstw nieszczęśliwych wypadków powinniśmy wykupić we własnym zakresie. Oświadczamy, że nie ma przeciwwskazań zdrowotnych by nasze dziecko korzystało ze ścianki wspinaczkowej i wspinąło się.

Miejscowość, data **Czytelny podpis**

22. Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (RODO), informujemy, iż:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy im. Ottona Lipkowskiego z siedzibą w Krupskim Młynie, ul. Krasickiego 4, kod pocztowy 42-693, adres e-mail: sekretariat@mowkrupskimlyn.pl, strona internetowa www.mowkrupskimlyn.pl tel. 32-285-70-23 .

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych będzie się odbywać zgodnie z art. 6 ust.1 c RODO na podstawie wymogów określonych w przepisach oświatowych w celu wykonania zadań związanych z przyjmowaniem uczniów (wychowanków) oraz realizacją procesu edukacyjnego i resocjalizacyjnego.

Inspektorem ochrony danych w tutejszej jednostce jest Leszek Proszowski adres e-mail: nowator@nowator.edu.pl

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 50 lat wymagany przepisami prawa oraz ustalony w jednolitym rzeczowym wykazie akt.

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych osobowych zgodnie z art. 15 RODO, prawo do ich sprostowania jeśli są nieprawidłowe, usunięcia zgodnie z art. 17 RODO z zastrzeżeniem ust. 3, jak również prawo do ograniczenia ich przetwarzania zgodnie z art. 18 RODO, prawo do cofnięcia zgody. Posiada Pani/Pan również prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych zgodnie z art. 21 ust. 1 RODO.

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych), jeśli Pani/Pana zdaniem, przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana - narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym i warunkuje realizację zadań dydaktyczno – wychowawczych.

Informujemy ponadto, że Pani/Pana dane osobowe nie będą profilowane ani przetwarzane w sposób zautomatyzowany.

Potwierdzam zapoznanie się z powyższymi informacjami

.....
(imię, nazwisko i podpis osoby/prawnego opiekuna osoby, której dane osobowe będą przetwarzane)

.....
miejsowość, data

W związku z przyjęciem Pani/Pana syna do Branżowej Szkoły I stopnia nr 13 w Krupskim Młynie oraz na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 03.04.2019r. w sprawie ramowych planów nauczania dla publicznych szkół (Dz.U. 2019 poz. 693) Dyrektor Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego w Krupskim Młynie zwraca się z prośbą o zaopiniowanie propozycji skrócenia okresu

nauki dla

do dwóch lat, z zachowaniem wymiaru godzin poszczególnych obowiązkowych zajęć edukacyjnych przewidzianego dla trzyletniego okresu nauczania.

Proszę o odesłanie podpisanego druku w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma. Jednocześnie informuję, że brak opinii rodziców w wyznaczonym terminie oznacza rezygnację z jej wyrażenia.

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

24. DANE KONTAKTOWE DO RODZICÓW (OPIEKUNÓW PRAWNYCH)

UCZEŃ	
Imię i nazwisko	
Klasa	
MATKA (OPIEKUN PRAWNY 1)	
Imię i nazwisko	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
	podany adres e-mail zostanie związany z kontem rodzica w systemie dziennika elektronicznego
OJCIEC (OPIEKUN PRAWNY 2)	
Imię i nazwisko	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
	podany adres e-mail zostanie związany z kontem rodzica w systemie dziennika elektronicznego

Potwierdzam aktualność powyższych danych. W przypadku zmiany podanych szkole danych kontaktowych zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania szkoły o aktualnych danych.

.....
data i podpis

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH

1. Administratorem danych osobowych jest: Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy w Krupskim Młynie, ul. Krasickiego 4 42-693 Krupski Młyn, e-mail: sekretariat@mowkrupskimlyn.pl, telefon: 32 285 70 23, 32 285 70 28
2. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych mogą Państwo kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem : nowator@nowator.edu.pl
3. Dane przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w związku z przepisami Prawa oświatowego (Dz.U. 2018 poz. 996 ze zm.), w tym w szczególności Rozporządzenia MEN z dnia 25 sierpnia 2017 r. (Dz.U. 2017 poz. 1646).
4. Dane będą przetwarzane w celu realizacji statutowej działalności szkoły, w tym w celu umożliwienia korzystania z systemu dziennika elektronicznego.
5. Odbiorcami danych mogą być podmioty realizujące dla szkoły usługi wspierające jej statutową działalność, które przetwarzają dane w imieniu szkoły jako ich administratora. Przykładem takiego podmiotu jest dostawca systemu dziennika elektronicznego.
6. Dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej.
7. Dane będą przetwarzane do czasu uczęszczania ucznia do szkoły, a następnie przez okres archiwizowania danych dzienników lekcyjnych, zgodnie z obowiązującymi w szkole regulacjami dotyczącymi archiwizacji (zazwyczaj 5 lat od zakończenia roku szkolnego, w którym uczeń opuścił szkołę).
8. Podanie danych jest obowiązkowe, obowiązek ten wynika z przepisu §8 ust 2 Rozporządzenia MEN z dnia 25 sierpnia 2017 r. (Dz.U. 2017 poz. 1646).
9. Zgodnie z przepisami RODO przysługuje Państwu prawo:
 - a. dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii,
 - b. do sprostowania (poprawiania) swoich danych,
 - c. do ograniczenia przetwarzania danych,
 - d. do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

.....
data i podpis

25. ZGODA NA UDZIAŁ W ZAJĘCIACH DODATKOWYCH

Krópski Młyn,

.....
(imię i nazwisko rodzica lub opiekuna prawnego)

.....

.....

(adres)

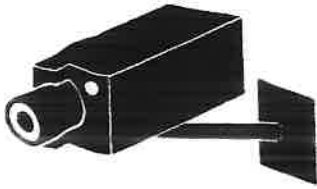
Z G O D A

Wyrażam zgodę, aby mój syn (podopieczny)
ur.r. uczestniczył w zajęciach dodatkowych, organizowanych w
placówce:

1. Park linowy
2. Strzelnica
3. Gokarty
4. Paintball

.....

(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)



**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych
z monitoringu wizyjnego (dla pracowników i innych osób poruszających się w terenie monitorowanym)**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (RODO), informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy im. Ottona Lipkowskiego**, z siedzibą przy ul. Krasickiego 4, 42-693 Krupski Młyn, e-mail: sekretariat@mowkrupskimlyn.pl, tel.: (32) 285 70 23.
2. Inspektorem ochrony danych w tutejszej jednostce jest Pan Leszek Proszowski, z którym można kontaktować się poprzez adres e-mail: nowator@nowator.edu.pl.
3. Przetwarzanie zarejestrowanych danych osobowych odbywa się zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. e) **RODO** w związku z art. 121 ustawy z dnia 9 czerwca 2022 r. **o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich**, art. 108a ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. **Prawo oświatowe**, a także art. 22² § 1 ustawy **Kodeks pracy**, w celu zapewnienia bezpieczeństwa uczniów oraz wychowanków, pracowników i innych osób, zapewnienia porządku wewnętrznego ośrodka oraz ochrony mienia placówki na terenie monitorowanym.
4. Monitoring wizyjny obejmuje teren: korytarza szkolnego, korytarza administracyjnego aż do sali gimnastycznej, schodów na piętro, placu apelowego, wyjścia i wejścia do placówki, warsztatów szkolnych oraz terenu za sala gimnastyczną.

(miejsca objęte monitoringiem)

5. Nagrania z monitoringu wizyjnego będą przechowywane zgodnie z ustawą o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich.
6. Ma Pani/Pan prawo (z zastrzeżeniem wyłączeń opisanych w RODO) dostępu do swoich danych osobowych zarejestrowanych przez monitoring wizyjny zgodnie z art. 15 RODO oraz do ograniczenia przetwarzania (art. 18 RODO).
7. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), jeśli Pani/Pana zdaniem, przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO.
8. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom zewnętrznym w sytuacjach określonych przepisami prawa oraz w uzasadnionych przypadkach na podstawie umów powierzenia przetwarzania danych (np. dostawcy usług informatycznych). Dane osobowe mogą być przekazywane organom państwowym, organom ochrony prawnej (Policja, Prokuratura, Sąd) lub organom samorządu terytorialnego w związku z prowadzonym postępowaniem.
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą profilowane ani przetwarzane w sposób zautomatyzowany.
10. Administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

Każdorazowe wejście Pani / Pana na teren placówki (w obszar objęty monitoringiem), jest jednoznaczne z rejestracją Pani/Pana wizerunku na warunkach określonych powyżej.

Potwierdzam zapoznanie się z powyższymi informacjami.

.....
(data, imię, nazwisko i podpis)

**Zgłoszenie wymeldowania z miejsca pobytu czasowego / Notification of a change of temporary residence**

Instrukcja wypełniania w 3 krokach / Instruction for completion in 3 steps

1. WYPEŁNIAJ WIELKIMI LITERAMI / FILL IN CAPITAL LETTERS

2. Pola wyboru zaznaczaj / Mark selection boxes with lub / or

3. Wypełniaj kolorem czarnym lub niebieskim / Complete in black or blue

i Jeśli wyjeżdżasz za granicę na dłużej niż 6 miesięcy, wypełnij tylko formularz Zgłoszenie wyjazdu poza granicę Rzeczypospolitej Polskiej. W ten sposób zostaniesz wymeldowany z miejsca pobytu czasowego. / If you go abroad for a period longer than 6 months, complete only the form: Notification of leaving the territory of the Republic of Poland. This will result in the deletion of temporary residence.

1. Dane osoby, której dotyczy zgłoszenie / Details of the person to whom the application relatesNazwisko
SurnameImię (imiona)
Name (names)Numer PESEL (o ile został nadany)
PESEL number (if it was issued)Data urodzenia
Date of birth - - **i** dd-mm-rrrr / dd-mm-yyyyMiejsce urodzenia
Place of birth**2. Dane kontaktowe osoby, której dotyczy zgłoszenie / Contact details of the person to whom the application relates**Numer telefonu komórkowego
Mobile phone number**i** Numer nie jest obowiązkowy, ale ułatwi kontakt w sprawie wymeldowania. / Providing the number is optional, but it will facilitate contacting you in matters regarding the change of residence.Adres poczty elektronicznej
Email address**i** Adres poczty elektronicznej nie jest obowiązkowy, ale ułatwi kontakt w sprawie wymeldowania. / Providing the email address is optional, but it will facilitate contacting you in matters regarding the change of residence.

Wyrażam zgodę na przekazanie do rejestru danych kontaktowych imienia, nazwiska, numeru PESEL oraz: / I consent to the transfer to the contact data register of my name, surname, PESEL number and:

i Jeśli wyrażasz zgodę na przekazanie danych, zaznacz co najmniej jedno pole wyboru. / If you consent to the transfer of data, mark at least one checkbox.

numeru telefonu komórkowego
mobile phone number

adresu poczty elektronicznej
email address

Zgodę możesz wyrazić jedynie, jeśli składasz wniosek w swoim imieniu. Przekazanie danych do rejestru danych kontaktowych nie jest obowiązkowe. Mogą one umożliwić innym podmiotom (np. urzędom) szybki kontakt z tobą celem sprawnego załatwienia sprawy i poinformowania cię o działaniach, jakie te podmioty podejmują w twoich sprawach. Zgodę możesz wycofać w każdej chwili. / You can only give your consent, if you submit the application on your behalf. The transfer of data to the contact data register is optional. They can be used by other entities (e.g. offices) to quickly contact you in order to efficiently handle your case and inform you about the measures, that these entities are taking regarding your matters. You can rescind your consent at any time.

Sekcja dla urzędnika / Section for official use

Przyjęto zgłoszenie wymeldowania z miejsca pobytu czasowego / The notification of a change of temporary residence registration form is hereby accepted

Miejscowość _____
 Place _____

Data - - [!] dd-mm-rrrr / dd-mm-yyyy
 Date - -

Pieczęć i podpis urzędnika _____
 Seal and signature of the official _____

Wzanoszczny czytelny podpis osoby zgłaszającej / Handwritten legible signature of the applicant

Miejscowość _____
 Place _____

Data - - [!] dd-mm-rrrr / dd-mm-yyyy
 Date - -

Oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe / I hereby certify that the above information is true and correct

5. Oświadczenie, podpis / Statement, signature

Nazwisko _____
 Surname _____

Imię _____
 Name _____

Wypełnij, jeśli pełnomocnik zgłasza wymeldowanie / Complete, if a proxy notifies the deletion of residence

4. Nazwisko i imię pełnomocnika / Surname and first name of the proxy

Miejscowość - dzielnica _____
 City - City district _____

Gmina _____
 Commune _____

Województwo _____
 Voivodeship _____

3. Adres miejsca pobytu stałego / Address of the place of permanent residence

Ulica _____
 Street _____

Numer domu _____
 House number _____

Kod pocztowy _____
 Postal code _____

Numer lokalu _____
 Flat number _____

Nie wypełniaj, jeśli nie masz miejsca pobytu stałego / Do not complete, if you have no place of permanent residence

OŚWIADCZENIE

I. Ja, niżej podpisany:

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego pacjenta:

Nr PESEL:

Adres zamieszkania:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko pacjenta:

Nr PESEL:

Adres zamieszkania:

oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych ww. pacjentowi w Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu, w tym na przeprowadzanie badań psychiatrycznych oraz proponowaną diagnostykę i leczenie.

Lubliniec, dnia

.....
podpis przedstawiciela ustawowego pacjenta/-ki

.....
podpis przedstawiciela pacjenta/-ki (dotyczy osób które ukończyły 16 rż.)

Zgoda pacjenta na leczenie stomatologiczne

Imię i nazwisko		Data.....20.....r.
Pesel		Adres e-mail
Adres zamieszkania	Tel.kom.	

Zgodnie z art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2008 nr 136 p. 857 z późn. zn.) oraz art. 16-18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 r. Nr poz. 417 z późn. zn.) **wyrażam zgodę na przeprowadzenie leczenia stomatologicznego według planu leczenia.**
 Oświadczam, że zapoznałem się z planem leczenia zamieszczonym w mojej dokumentacji medycznej, przechowywanej na terenie przychodni.
 Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji, co do mojego stanu zdrowia-zgodnie z wywiadem lekarskim stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego oświadczenia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję powiadomić lekarza dentystę.

Wyrażam zgodę na leczenie:

<input type="checkbox"/> zachowawcze <input type="checkbox"/> pedodontyczne <input type="checkbox"/> endodontycznego <input type="checkbox"/> periodontologiczne	<input type="checkbox"/> protetycznej <input type="checkbox"/> chirurgicznego <input type="checkbox"/> implantologiczne <input type="checkbox"/> ortodontyczne
---	---

Zostałem (-am) poinformowany(-a):

- O technice zabiegu i szczególnie zaznajomiony(-a) z całym przebiegiem leczenia, a także o tym, że zabieg może być wykonywany w znieczuleniu miejscowym i ogólnym.
- O ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań (w trakcie lub po zabiegu), związanych z zaakceptowanym przez mnie sposobem leczenia (leczony ząb, może wymagać ponownego leczenia lub zabiegu chirurgii stomatologicznej).
- O możliwości wystąpienia dolegliwości bólowych w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu,
- O zakresie pracy, który może różnić się od zaplanowanego, jeżeli w trakcie leczenia wynikną nieprzewidziane okoliczności. Wyrażam zgodę na dokonanie w tej sytuacji korekty planu leczenia i kosztorysu.
- O tym, że w trakcie leczenia stomatologicznego może zaistnieć konieczność wykonania dodatkowych zdjęć rentgenowskich i innych badań lub dodatkowych zabiegów, indywidualnie zleconych przez lekarza dentystę.
- O konieczności utrzymywania prawidłowej higieny jamy ustnej i zgłaszania się do okresowych badań stanu klinicznego co 4 miesiące- dorośli i co 3 miesiące-dzieci, co jest warunkiem powodzenia leczenia.
- O kosztach leczenia przedstawionych w planie leczenia w formie kosztorysu, które akceptuję.
- Innych

Powyższe zasady przeczytałem(-am) i zrozumiałem(-am). Zobowiązuję się do przestrzegania wszelkich zaleceń lekarskich zwłaszcza dotyczących higieny jamy ustnej oraz zgłaszania się na wizyty kontrolne w wyznaczonych terminach.
 Stwierdzam, że odpowiedzi udzielone na wszystkie moje pytania dotyczące leczenia, a także możliwości powikłań i alternatyw sposobów leczenia (włącznie z zaniechaniem leczenia) były dla mnie zrozumiałe i zostały udzielone w sposób wyczerpujący.
 Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Ponadto, zabieg jest wykonywany w celu leczenia konkretnej dolegliwości i nie może wyeliminować innych ukrytych problemów. Oświadczam, że miałem(-łam) możliwość zadawania pytań i z tej możliwości w pełni skorzystałem(-łam). Wiem, że nie odwołać zgodę na leczenie.

Hanna Fiegler lekarz stomatolog Nr PWZ 1862016 tel. 507 81 65 25 Podpis i pieczęć lekarza dentysty	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Miejscowość</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Data</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; height: 40px;">Czytelny podpis pacjenta (opiekuna prawnego)</td> </tr> </table>	Miejscowość	Data	Czytelny podpis pacjenta (opiekuna prawnego)	
Miejscowość	Data				
Czytelny podpis pacjenta (opiekuna prawnego)					

INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA

Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą trosce o Państwa bezpieczeństwo. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i wyjaśnić wątpliwości z lekarzem prowadzącym. Poniższe pytania służą do zebrania informacji koniecznych do wybrania właściwego sposobu leczenia oraz wybrania odpowiedniego znieczulenia przed zabiegiem.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

Nazwisko, imię pacjenta

Telefon

Adres

Czy czuje się Pan(i) ogólnie zdrowy(a)? TAK NIE

Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczył(a) się Pan(i) w szpitalu? TAK NIE

Jeśli tak to z jakiego powodu:

Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy TAK NIE

Jeśli tak to na co:

Czy przyjmuje Pan(i) jakieś leki? (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwe) TAK NIE

Jeśli tak to jakie:

Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)? TAK NIE

Jeśli tak to na co:

Czy występują u Pana(i):

duszność TAK NIE

obrzęki TAK NIE

pokrzywka TAK NIE

swędzenie TAK NIE

Czy ma Pan(i) skłonność do krwawień? TAK NIE

Czy miał Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności? TAK NIE

Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca? TAK NIE

Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób?

choroby serca (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego) TAK NIE

inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności) TAK NIE

choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi przy chodzeniu) TAK NIE

choroby płuc (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli) TAK NIE

choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit) TAK NIE

choroby wątroby (kamica, żółtaczką, marskość wątroby) TAK NIE

choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu) TAK NIE

zaburzenia przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa) TAK NIE

choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne) TAK NIE

choroby układu nerwowego (padaczka, niedowład, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia) TAK NIE

choroby układu kostno-stawowego (bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach) TAK NIE

choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba) TAK NIE

choroby oczu (jaskra)

TAK NIE

zmiany nastroju (depresja, nerwica)

TAK NIE

choroby zakaźne

TAK NIE

żółtaczka zakaźna A TAK NIE

AIDS TAK NIE

żółtaczka zakaźna B TAK NIE

gruźlica TAK NIE

żółtaczka zakaźna C TAK NIE

ch. weneryczne TAK NIE

choroba reumatyczna

TAK NIE

osteoporoza

TAK NIE

inne dolegliwości jakie?

Jaki był ostatni pomiar ciśnienia krwi

Czy był(a) Pan(ani) już kiedyś operowany(a) TAK NIE

Jeśli tak to kiedy i z jakiego powodu:

Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie? TAK NIE

Czy miał Pan(i) przetaczaną krew TAK NIE

Jeśli tak to kiedy i z jakiej przyczyny:

Czy pali Pan(i) tytoń? TAK NIE

Jeśli tak, to ile i od kiedy:

Czy pije Pan(i) alkohol? TAK NIE

Czy zażywa Pan(i) środki uspokajające, nasenne, narkotyki? TAK NIE

Jeśli tak to jakie:

Pytania dotyczące kobiet:

Czy jest Pani w ciąży? TAK NIE

Jeśli tak to w którym miesiącu:

Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę?

Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne? TAK NIE

OŚWIADCZENIE PACJENTA (OPIEKUNA PRAWNEGO*)

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu.

Ja,
PESEL:

Nr

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię, nazwisko

zamieszkały/a:, oświadczam, że **upoważniam*)** Pana/-ią, legitymującego/-ą się dowodem osobistym nr, / **nie upoważniam nikogo*)** do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia (podopiecznego*) oraz – w przypadku śmierci – do uzyskiwania wglądu do dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby (podopiecznego*) oraz odpisów, wypisów i kopii tej dokumentacji gromadzonej i przechowywanej w

Znam przysługujące mi prawa pacjenta wynikające z Karty Praw Pacjenta i wyrażam zgodę na leczenie w tutejszej poradni. Zgoda obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów zaleconych i uzgodnionych z lekarzem prowadzącym lub innymi lekarzami poradni.

.....
data

.....
podpis pacjenta (opiekuna prawnego*)

* niepotrzebne skreślić

**KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA
DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 (w skrócie zwane „ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych” - RODO) opublikowane w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej L119/1, informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:

Stomatologia Fiegler

lek. stom Hanna Fiegler

44-178 Przyświszów 10 Polkowicka Za

nr prawa wyk. zawodu 1362016

2. Inspektorem ochrony danych jest:

Hanna Fiegler

3. Pani/Pana dane osobowe (dane osobowe podstawowe, takie jak imię i nazwisko, nr PESEL, adres, nr telefonu i adres e-mail, wrażliwe dane osobowe przetwarzane w związku z udzielaniem usług medycznych) przetwarzane będą przez Administratora w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych, udzielania świadczeń zdrowotnych (diagnostycznych i leczniczych), zarządzania udzielaniem tych usług i świadczeń, zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej, oraz diagnozy medycznej i leczenia, a także profilaktyki zdrowotnej. Podstawą prawną przetwarzania pozyskanych danych osobowych jest art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. z art. 3 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 24 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

4. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne tj. przez okres wyznaczony właściwymi przepisami prawa, w tym Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Jeżeli jest Pani/Pan naszym pacjentem i utworzyliśmy Pani/Pana dokumentację medyczną, mamy obowiązek przechowywania jej co najmniej przez okres 20 lat od dnia dokonania w niej ostatniego wpisu.

5. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usuwania, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu - w zakresie, jakim jest to możliwe na podstawie obowiązujących przepisów prawa. Żądania w tym zakresie należy kierować do Administratora.

6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.

7. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza RODO*. Organem nadzorczym od 25 maja 2018 r. jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

8. Przekazanie Administratorowi Pani/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym, dotyczy każdego Pacjenta, wobec którego realizujemy cele opisane w punkcie 3. Niepodanie Pani/Pana danych osobowych lub podanie niepełnych danych osobowych może znacząco utrudnić lub uniemożliwić realizację przez Administratora celów określonych w punkcie 3.

9. W przypadku nie podania przez Panią/Pana numeru telefonu i/lub adresu poczty elektronicznej nie będzie możliwe potwierdzenie, zmiana terminu wizyty lub weryfikacja prawidłowości zleconych badań. Podanie powyższych danych jest dobrowolne.

10. W oparciu o udostępnione przez Panią/Pana dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Pani/Pana zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią klauzuli informacyjnej RODO oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych

.....
data i czytelny podpis Pacjenta lub prawnego opiekuna