



FUNDACJA DLA DZIECI Z CUKRZYCĄ

Ul. Szpitalna 5/16, 00-031 Warszawa

NIP: 525 1580 629

www.fundacja-cukrzyca.pl

Organizacja Pożytku Publicznego

KRS 0000163346

Santander Bank Polska S.A. 75 1090 1043 0000 0000 0501 2655

**Formularz świadomej zgody opiekuna prawnego/rodzica na udział nieletniego/niepełnoletniego
Podopiecznego w oddziaływaniu terapeutycznym, psychologicznym, pedagogicznym i diagnostycznym.**

IMIĘ I NAZWISKO KLIENTA NIELETNIEGO/ NIEPEŁNOLETNIEGO:

.....; PESEL

IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA PRAWNEGO/ RODZICA KLIENTA NIELETNIEGO/NIEPEŁNOLETNIEGO:

.....; PESEL

1. Ja niżej podpisany(a) wyrażam zgodę na udział mojego podopiecznego w indywidualnych sesjach terapeutycznych/psychologicznych/pedagogicznych/diagnostycznych oferowanych przez Fundację dla Dzieci z Cukrzycą
2. Zostałem(am) poinformowany(na) przez specjalistę o: proponowanych metodach terapeutycznych/psychologicznych/pedagogicznych/diagnostycznych, o możliwych następstwach ich zastosowania lub zaniechania.
3. Zostałem(am) również poinformowany(na) o alternatywnych metodach oddziaływań specjalistycznych.
4. W trakcie rozmowy ze specjalistą miałem(am) możliwość, zadania wszelkich pytań dotyczących prowadzonych oddziaływań. Wszystkie moje pytania i wątpliwości zostały wyjaśnione w sposób jasny i zadowalający.
5. Jako rodzic/opiekun prawny dziecka wyrażam zgodę na przeprowadzenie wspomnianych powyżej oddziaływań u mojego dziecka/podopiecznego. Jednocześnie potwierdzam, że zostałem poinformowany o fakcie, że prowadzenie oddziaływań terapeutycznych/psychologicznych/pedagogicznych/diagnostycznych u dziecka niepełnoletniego, lecz powyżej 16 roku życia, jak i dziecka poniżej 18 roku życia wymagają również jego zgody.

OŚWIADCZENIE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

Niniejszym potwierdzam, iż przeczytałem uważnie i zrozumiałem treści zawarte w powyższym formularzu. Oświadczam również, iż rozumiem cel zaproponowanych oddziaływań terapeutycznych, psychologicznych/ pedagogicznych/ diagnostycznych, oraz możliwe ryzyko z nimi związane jak również rokowania, zostały mi wytłumaczone w sposób przystępny i zadowalający.

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w Formularzu są zgodne z prawdą.

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych Podopiecznego, wskazanych w Formularzu, w tym danych dotyczących stanu zdrowia, w celu realizacji zadań statutowych Fundacji dla Dzieci z Cukrzycą z siedzibą w Warszawie.*

Wyrażona przeze mnie zgoda jest dobrowolna i jest podstawą do przetwarzania moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego Podopiecznego do czasu wycofania zgody. Administratorem danych osobowych jest Fundacja dla Dzieci z Cukrzycą z siedzibą w Warszawie, ul. Szpitalna 5/16, 00-031 Warszawa. Mam prawo w dowolnym momencie na wycofanie wyrażonej zgody kontaktując się z Administratorem pod wskazanym adresem lub z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: iod@fundacja-cukrzyca.pl. Przysługuje mi również prawo do żądania od Administratora dostępu, sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych moich i mojego podopiecznego oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych. W razie uchybień w przetwarzaniu danych osobowych mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego. Dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich ani organizacjom międzynarodowym.

Miejscowość i data Podpis rodzica / opiekuna prawnego

Miejscowość i data Podpis Klienta nieletniego/niepełnoletniego