**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA( Powiat Wałbrzyski)**

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

IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA……………………………………………………………………………………………………………

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 2021 roku.”

 Czytelny podpis opiekuna

 ………………………………………..

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

 Czytelny podpis opiekuna

 ………………………………………

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest POLSKIE TOWARZYSTWO OPIEKI PALIATYWNEJ

ODDZIAŁ W WAŁBRZYCHU, UL. KRASIŃSKIEGO 8, 58 - 309 WAŁBRZYCH, REGON 890286760

1. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych: e mail: ido@bajan.com.pl, tel.: 601822371 lub bezpośrednio w siedzibie PTOP
2. Dane będą przetwarzane przez osoby mające stosowne upoważnienia
3. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych może być podmiot lub instytucja kontrolna w zakresie określonym prawem
4. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat.
5. 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.
6. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do UODO gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
7. 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 podpis opiekuna

 ………………………………………..