**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA( Wałbrzych)**

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. „ Zadanie z zakresu ochrony zdrowia polegające na podejmowaniu działań w 2021 roku, mające na celu poprawę jakości opieki nad osobami przewlekle i nieuleczalnie chorymi, przebywającymi w środowisku domowym z terenu Miasta Wałbrzycha, w tym rehabilitacja i zakup niezbędnego sprzętu medycznego dla niepełnosprawnych, nieuleczalnie i przewlekle chorych dzieci”

 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 jest JANUSZ MALINOWSKI, iod@phpal.pl, 74 641 97 50
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6. 1 a) w celu realizacji czynności wynikających z wypełnia daklaracji PIT
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 o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
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.**