**FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO**

**NA UDZIAŁ NIEPEŁNOLETNIEGO DZIECKA/PODOPIECZNEGO\*   
W DIAGNOZIE/KONSULTACJI/TERAPII**

Dane osoby (pacjenta/pacjentki):

Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………………………………..…….…………………………….…....

Rok urodzenia ……………………………………………………..………… PESEL ……………………………..…………………………………….…

Adres zamieszkania …………………………………………………………..………………………………………………………………………..………

Numer telefonu ……………………………………………………………… Adres e-mail …………………………………………………………….

Dane rodzica/opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………………………………..…….……………………….……..…..

Numer telefonu ……………………………………………………………… Adres e-mail …………………………………………………………….

* Wyrażam zgodę na udział w *(wykreśl usługę jeśli nie dotyczy / nie wyrażasz zgody)*:
* konsultacji psychologicznej, terapii psychologicznej, diagnostyce psychologicznej
* psychoterapii, terapii rodzinnej, sesji wsparcia psychospołecznego
* konsultacji psychiatrycznej
* diagnozie/terapii logopedycznej
* fizjoterapii.
* Potwierdzam, że zostałem poinformowany, że prowadzenie powyższych działań psychologicznych i terapeutycznych u dziecka niepełnoletniego, lecz powyżej 16 roku życia, jak i dziecka poniżej 18 roku życia wymaga również jego zgody.
* Oświadczam, że nie mam wiedzy na temat braku zgody na proces leczenia wyrażonej przez ojca/matkę dziecka. Zobowiązuję się niezwłocznie do poinformowania w razie zmiany stanowiska ojca/matki wobec leczenia.
* Oświadczam, że nie jestem pozbawiony/a praw rodzicielskich, nie mam organicznych praw rodzicielskich. Zobowiązuję się do poinformowania w razie gdyby ww. uległo zmianie.
* Wyrażam zgodę na prowadzenie konsyliów, sesji koordynacji oraz konsultacji mojego przypadku z superwizorem.
* Wyrażam zgodę na kontakt poradni z instytucjami publicznymi w razie zaistniałej potrzeby.
* Zobowiązuję się do informowania pracownika rejestracji Poradni lub psychologa/psychoterapeuty o nieobecności dziecka 24 godziny przed umówioną wizytą.

Jeśli dziecko i/lub Pani/Pan macie szczególne potrzeby w zakresie dostępności usług naszej poradni, prosimy

o ich wskazanie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Miejscowość, data |  | Podpis rodzica / opiekuna prawnego |  | Podpis/ Zgoda osoby uczestniczącej /niepełnoletniej pow.16 .r.ż. |

**Upoważniam** …......................................................................................... PESEL............................................................................  
do wglądu oraz odbioru dokumentacji medycznej mojego niepełnoletniego dziecka/ podopiecznego\* ……………………………………………………………………………………………...…………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Miejscowość, data |  | Podpis rodzica / opiekuna prawnego |  | Podpis/ Zgoda osoby uczestniczącej /niepełnoletniej pow.16 .r.ż. |

**Upoważniam** do odbioru mojego niepełnoletniego dziecka/podopiecznego po zakończeniu spotkań ze specjalistą/ką osobę/osoby (imię, nazwisko, nr telefonu):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…….

* Wyrażam zgodę na samodzielny powrót mojego dziecka po zakończeniu spotkania ze specjalistą/ką w Poradni.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Miejscowość, data |  | Podpis rodzica / opiekuna prawnego |  | Podpis/ Zgoda osoby uczestniczącej /niepełnoletniej pow.16 .r.ż. |

**Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody**\* na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych mojego niepełnoletniego dziecka/podopiecznego\* zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO) (Dz. Urz. UE L 119, s. 1) w celu umożliwienia świadczenia usług przez Poradnie Psychologiczne ERA PSYCHE dr Anetta Pereświet-Sołtan.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Miejscowość, data |  | Podpis rodzica / opiekuna prawnego |  | Podpis/ Zgoda osoby uczestniczącej /niepełnoletniej pow.16 .r.ż. |

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Administrator danych osobowych** | Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest ERA PSYCHE dr Anetta Pereświet-Sołtan, Długołęka, ul. Modrzewiowa 19, 55-095 Mirków (dalej: ADO). |
| **Inspektor Ochrony Danych Osobowych** | Inspektorem Ochrony Danych Osobowych (dalej: IODO) jest Dorota Kunicka. |
| **Dane kontaktowe ADO** | Z ADO można się skontaktować:   1. poprzez adres e-mail: biuro@erapsyche.com 2. telefonicznie pod numerem: 663 794 403 3. pisemnie: ERA PSYCHE dr Anetta Pereświet-Sołtan, Długołęka, ul. Modrzewiowa 19,  55-095 Mirków. |
| **Dane kontaktowe IODO** | Z IODO można się skontaktować:   1. poprzez adres e-mail: iodo@erapsyche.com 2. telefonicznie pod numerem: 690 007 894 3. pisemnie: IODO Poradnia Psychologiczna ERA PSYCHE dr Anetta Pereświet-Sołtan, . Radomierz 7/3, 58-520 Janowice Wielkie. |
| **Cele przetwarzania oraz podstawa prawna przetwarzania danych osobowych** | Pani/Pana dane osobowe i dane osobowe Pani/Pana niepełnoletniego dziecka/podopiecznego\* będą przetwarzane w następujących celach:   1. podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą przed zawarciem umowy – (rejestracja wizyty) art. 6 ust. 1 lit. b RODO, 2. przygotowania i wykonania umowy - Kodeks cywilny, zawarta umowa, art. 6 ust. 1 lit. b RODO, 3. wykonywania ciążących na ADO obowiązków prawnych w zakresie przepisów księgowych, podatkowych i reklamacyjnych - ustawa o prawach konsumenta, ustawa o podatku od osób fizycznych, ustawa podatku od towarów i usług, art. 6 ust. 1 lit. c RODO, 4. realizacji prawnie uzasadnionego interesu ADO tj. ustalenie, obrona i dochodzenie roszczeń - Kodeks cywilny, art. 6 ust. 1 lit. f RODO. |
| **Okres, przez który będą przetwarzane dane osobowe** | Dane osobowe Pani/Pana niepełnoletniego dziecka/podopiecznego\* będą przetwarzane przez okres:   1. przygotowania i wykonania umowy przez okres jej trwania oraz rozliczeń po jej zakończeniu, 2. wykonywania ciążących na ADO obowiązków prawnych w zakresie przepisów księgowych i podatkowych (do 5 lat), reklamacyjnych (zgodnie z obowiązującymi przepisami), 3. realizacji prawnie uzasadnionego interesu ADO tj. ustalenie, obrona i dochodzenie roszczeń (do 3 lat). |
| **Odbiorcy danych osobowych** | Odbiorcami Pani/Pana niepełnoletniego dziecka/podopiecznego i Pani/Pana danych osobowych są:   1. organy podatkowe, 2. podmioty świadczące usługi bankowe, 3. podmioty świadczący usługi pocztowe, 4. podmioty świadczący usługi księgowe. |
| **Prawa osoby, której dane osobowe dotyczą** | Podanie Pani/Pana niepełnoletniego dziecka/podopiecznego\* i Pani/Pana danych osobowych jest dobrowolne. Wyrażoną zgodę może Pani/Pan cofnąć w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania i wykorzystywania danych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.  Posiada Pani/Pan:   1. prawo dostępu do danych osobowych (w tym otrzymania kopii danych osobowych), 2. prawo do sprostowania (poprawiania) danych osobowych, 3. prawo do usunięcia danych osobowych, 4. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych, 5. prawo do wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych.   W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.  Aby nie dopuści do naruszenia Pani/Pana praw lub wolności spowodowanej naruszeniem bezpieczeństwa danych osobowych informujemy, że nie będziemy realizować żadnych Pani/Pana uprawnień wynikających z art. 15-21 RODO w rozmowie telefonicznej. |
| **Informacja o wymogu podania danych osobowych** | Podanie Pani/Pana niepełnoletniego dziecka/podopiecznego\* i Pani/Pana danych osobowych jest warunkiem koniecznym zawarcia i realizacji umowy, zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującego prawa. Konsekwencją niepodania danych osobowych wymaganych przepisami prawa jest brak możliwości zawarcia i wykonywania umowy. |
| Potwierdzam, że zapoznałam/em się z w/w informacjami | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Miejscowość, data |  | Podpis rodzica / opiekuna prawnego |  | Podpis/ Zgoda osoby uczestniczącej /niepełnoletniej pow.16 .r.ż. |

**ZGODA NA PRZETWARZANIE SZCZEGÓLNYCH KATEGORII DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych o moim stanie zdrowia oraz niepełnoletniego dziecka/podopiecznego\* w celu realizacji usług psychologicznych/psychoterapeutycznych/psychiatrycznych/logopedycznych/ fizjoterapeutycznych\* oraz konsylium/sesji koordynacji/ konsultacji mojego przypadku z superwizorem:

1. w przypadku zwykłych danych osobowych, w szczególności takich jak imię, nazwisko, data urodzenia, PESEL, miejsce zamieszkania, numer telefonu, adres e-mail – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO
2. w przypadku danych osobowych szczególnych kategorii, w szczególności dot. stanu zdrowia – na podstawie art. 9 ust. 2 lit. a RODO

przez Administratora danych osobowych ERA PSYCHE dr Anetta Pereświet-Sołtan, Długołęka, ul. Modrzewiowa 19, 55-095 Mirków, w zakresie potrzebnym do realizacji świadczonych przez niego usług.

Niniejsza zgoda może być w dowolnym momencie cofnięta przez wysłanie wiadomości e-mail na adres iodo@erapsyche.com lub przez oświadczenie złożone na piśmie wysłane na adres siedziby: Długołęka, ul. Modrzewiowa 19, 55-095 Mirków lub osobiście w poradni gdzie wykonywane są świadczenia (usługi). Pozostaje to jednak bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych, którego dokonano przed jej cofnięciem.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Miejscowość, data |  | Podpis rodzica / opiekuna prawnego |  | Podpis/ Zgoda osoby uczestniczącej /niepełnoletniej pow.16 .r.ż. |

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Administrator danych osobowych** | Administratorem Pani/Pana danych osobowych oraz danych Pani/Pana niepełnoletniego dziecka/podopiecznego\* jest ERA PSYCHE dr Anetta Pereświet-Sołtan, Długołęka, ul. Modrzewiowa 19, 55-095 Mirków (dalej: ADO). |
| **Inspektor Ochrony Danych Osobowych** | Inspektorem Ochrony Danych Osobowych (dalej: IODO) jest Dorota Kunicka. |
| **Dane kontaktowe ADO** | Z ADO można się skontaktować:   1. poprzez adres e-mail: biuro@erapsyche.com 2. telefonicznie pod numerem: 663 794 403 3. pisemnie: ERA PSYCHE dr Anetta Pereświet-Sołtan, Długołęka, ul. Modrzewiowa 19, 55-095 Mirków. |
| **Dane kontaktowe IODO** | Z IODO można się skontaktować:   1. poprzez adres e-mail: iodo@erapsyche.com 2. telefonicznie pod numerem: 690 007 894 3. pisemnie: IODO, ERA PSYCHE dr Anetta Pereświet-Sołtan, ul. Radomierz 7/3, 58-520 Janowice Wielkie. |
| **Cele przetwarzania oraz podstawa prawna przetwarzania danych osobowych** | Szczególne kategorie danych osobowych (o stanie zdrowia) Pani/Pana niepełnoletniego dziecka/ podopiecznego\* będą przetwarzane w celu świadczenia usług psychologicznych/ psychoterapeutycznych/psychiatrycznych/fizjoterapeutycznych/ logopedycznych\* na podstawie udzielonej przez Panią/Pana zgody na ich przetwarzanie - art. 9 ust. 2 lit. b RODO. Pani/Pana dane osobowe jako rodzica/opiekuna prawnego\* będą przetwarzane w celu potwierdzenia w/w zgody w imieniu niepełnoletniego dziecka/podopiecznego\* - Kodeks cywilny, art. 6 ust. lit. c RODO. |
| **Okres, przez który będą przetwarzane dane osobowe** | Szczególne kategorie danych osobowych (o stanie zdrowia) Pani/Pana niepełnoletniego dziecka/ podopiecznego\* będą przetwarzane przez okres korzystania z usług psychologicznych/ psychoterapeutycznych/psychiatrycznych/fizjoterapeutycznych/ logopedycznych\* lub do momentu odwołania udzielonej zgody na ich przetwarzanie. Pani/Pana dane osobowe jako rodzica/opiekuna prawnego\* będą przetwarzane przez w/w okres. |
| **Odbiorcy danych osobowych** | Brak. |
| **Prawa osoby, której dane osobowe dotyczą** | Podanie danych osobowych Pani/Pana niepełnoletniego dziecka/podopiecznego jest dobrowolne. Wyrażoną zgodę może Pani/Pan cofnąć w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania i wykorzystywania danych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.  Posiada Pani/Pan:   1. prawo dostępu do danych osobowych (w tym otrzymania kopii danych osobowych), 2. prawo do sprostowania (poprawiania) danych osobowych, 3. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych, 4. prawo do wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych.   W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.  Aby nie dopuścić do naruszenia Pani/Pana niepełnoletniego dziecka/podopiecznego\* lub Pani/Pana praw lub wolności spowodowanej naruszeniem bezpieczeństwa danych osobowych informujemy, że nie będziemy realizować żadnych Pani/Pana uprawnień wynikających z art. 15-21 RODO w rozmowie telefonicznej. |

Potwierdzam, że zapoznałem się z w/w informacjami

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Miejscowość, data |  | Podpis rodzica / opiekuna prawnego |  | Podpis/ Zgoda osoby uczestniczącej /niepełnoletniej pow.16 .r.ż. |

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W CELACH MARKETINGOWYCH**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora danych osobowych ERA PSYCHE   
dr Anetta Pereświet-Sołtan, Długołęka, ul. Modrzewiowa 19, 55-095 Mirków, w celu wysyłania informacji o nowych usługach na podany adres e-mail.**

Niniejsza zgoda może być w dowolnym momencie cofnięta przez wysłanie wiadomości e-mail na adres iodo@erapsyche.com lub przez oświadczenie złożone na piśmie wysłane na adres siedziby: Długołęka, ul. Modrzewiowa 19, 55-095 Mirków lub osobiście w poradni gdzie wykonywane są świadczenia (usługi). Pozostaje to jednak bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych, którego dokonano przed jej cofnięciem.



data i czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Administrator danych osobowych** | Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest ERA PSYCHE dr Anetta Pereświet-Sołtan, Długołęka, ul. Modrzewiowa 19, 55-095 Mirków (dalej: ADO). |
| **Inspektor Ochrony Danych Osobowych** | Inspektorem Ochrony Danych Osobowych (dalej: IODO) jest Dorota Kunicka. |
| **Dane kontaktowe ADO** | Z ADO można się skontaktować:   1. poprzez adres e-mail: biuro@erapsyche.com 2. telefonicznie pod numerem: 663 794 403 3. pisemnie: ERA PSYCHE dr Anetta Pereświet-Sołtan, Długołęka, ul. Modrzewiowa 19,  55-095 Mirków. |
| **Dane kontaktowe IODO** | Z IODO można się skontaktować:   1. poprzez adres e-mail: iodo@erapsyche.com 2. telefonicznie pod numerem: 690 007 894 3. pisemnie: IODO Poradnia Psychologiczna ERA PSYCHE dr Anetta Pereświet-Sołtan, ul. Radomierz 7/3, 58-520 Janowice Wielkie. |
| **Cele przetwarzania oraz podstawa prawna przetwarzania danych osobowych** | Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie udzielonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) w celu wysyłania informacji o nowych usługach.  Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w formie elektronicznej w celu wysyłania informacji o nowych usługach na podany przez Panią/Pana adres e-mail (ustawa o świadczeniu usług drogą elektroniczną). |
| **Okres, przez który będą przetwarzane dane osobowe** | Pani/Pana danych osobowych będą przetwarzane do momentu odwołania udzielonej zgody na ich przetwarzanie. |
| **Odbiorcy danych osobowych** | Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są:   1. Podmioty świadczące usługi webowe 2. Podmioty świadczące usługi poczty internetowej. |
| **Prawa osoby, której dane osobowe dotyczą** | Podanie Pani/Pana danych jest dobrowolne. Wyrażoną zgodę może Pani/Pan cofnąć w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania i wykorzystywania danych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.  Posiada Pani/Pan:   1. prawo dostępu do danych osobowych (w tym otrzymania kopii danych osobowych), 2. prawo do sprostowania (poprawiania) danych osobowych, 3. prawo do usunięcia danych osobowych, 4. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych, 5. prawo do przenoszenia danych osobowych.   W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.  Aby nie dopuścić do naruszenia Pani/Pana praw lub wolności spowodowanej naruszeniem bezpieczeństwa danych osobowych informujemy, że nie będziemy realizować żadnych Pani/Pana uprawnień wynikających z art. 15-21 RODO w rozmowie telefonicznej. |

Potwierdzam, że zapoznałem się z w/w informacjami

data i czytelny podpis osoby informowanej

\*niepotrzebne skreślić