**FORMULARZ ZGODY OPIEKUNA PRAWNEGO/RODZICA PACJENTA NA WSPARCIE W ZAKRESIE ŚRODOWISKOWEJ OPIEKI PSYCHOLOGICZNEJ I PSYCHOTERAPEUTYCZNEJ**

Imię i nazwiska pacjenta:……………………………………………………………………………………...

PESEL:………………………………………………………………………….……………………………..

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

Imię i nazwisko opiekuna prawnego/rodzica pacjenta:

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

PESEL OPIEKUNA:……………………………………………………………………..……………………

Ja niżej podpisany(a) jestem przedstawicielem ustawowym dziecka, wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w zajęciach edukacyjno-profilaktycznych/ diagnostycznych oraz pozostałych formach wsparcia Ośrodka Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży w Garwolinie ul. Kościuszki 52 lok. 7.

……………………………………….

(Miejscowość i data)

………………………………………….......

Podpis rodzica / opiekuna prawnego)

Klauzura informacyjna RODO

Od dnia 25 maja 2018 r. obowiązuje Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679z 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 ( ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Z powyższych informujemy, iż:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży, 08-400 Garwolin, ul. Kościuszki 52 lok. 7, NIP: 826-1270-93-18
2. Pana/Pani dane osobowe są przetwarzane na podstawie RODO. Ochrona danych osobowych odbywa się zgodnie z wymogami powszechnie obowiązujących przepisów prawa, a ich przechowywanie jest zabezpieczone