**Formularz świadomej zgody rodzica / opiekuna prawnego na objęcie niepełnoletniego pomocą psychologiczną, psychoterapeutyczną, terapeutyczną**

Uprzejmie informujemy, że w związku z powstaniem Ośrodka Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży zlokalizowanym w 83-550 Prabuty, ul. W. Jagiełły 26 A istnieje możliwość skorzystania z bezpłatnych konsultacji dla uczniów
w ramach ww. Ośrodka którego głównym celem jest szybkie i kompleksowe objęcie opieką osoby potrzebującej pomocy oraz jego rodziny i bliskiego otoczenia w sytuacji gdy wymagać będzie tego zgłaszany problem. Każdy potrzebujący pomocy może zgłosić się do nas **bez skierowania.** Udogodnieniem pracy Ośrodka jest możliwość udzielania pomocy w środowisku, w tym na terenie szkoły lub przedszkola.

**Uwaga! Ważne informacje!**

1. Powyższa zgoda może być w każdej chwili przez Państwa odwołana.
2. W sytuacji, gdy będzie tego wymagał problem do terapii zostaną włączeni rodzice.
3. Wstępne porady mogą być udzielane w Szkole/Przedszkolu.
4. Porady mogą odbywać się w trakcje zajęć lekcyjnych.
5. Ja niżej podpisany (proszę zaznaczyć krzyżykiem wybrany zakres)

|  |
| --- |
|  |

wyrażam zgodę na objęcie pomocą psychologiczną/psychoterapeutyczną/ terapeutyczną

|  |
| --- |
|  |

nie wyrażam zgody na objęcie pomocą psychologiczną/psychoterapeutyczną/ terapeutyczną

mojego niepełnoletniego dziecka …………………………………………………………………………………………

 (imię i nazwisko dziecka)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**PESEL**

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

Telefon kontaktowy do rodzica / opiekuna prawnego ………………………………………………………….

1. Jako rodzic/opiekun prawny dziecka wyrażam zgodę na objecie w/w pomocą dziecka/podopiecznego. Jednocześnie potwierdzam, że zostałem poinformowany o fakcie, że objęcie pomocą psychologiczną/psychoterapeutyczną/terapeutyczną u dziecka niepełnoletniego, lecz powyżej 16 roku życia, jak i dziecka poniżej 18 roku życia, wymaga zgody niepełnoletniego.
2. Oświadczam, że:

|  |
| --- |
|  |

posiadam upoważnienie do działania w zakresie wyrażenia świadomej zgody na leczenie niepełnoletniego od drugiego rodzica / opiekuna prawnego.

|  |
| --- |
|  |

posiadam wyłączne uprawnienie do wyrażenia zgody na leczenie niepełnoletniego

w pełnym zakresie.

1. Realizując **obowiązek informacyjny** wynikający z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego
i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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) – dalej „RODO", niniejszym informujemy, iż Państwa dane osobowe oraz dane osobowe  Państwa dzieci będą przetwarzane przez Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Tarczynie ul. Warszawska 42, NIP: 797679015, REGON 671987015, RPWDL 000000009255.

**Administratorem Państwa danych osobowych jest:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarczynie, z siedzibą przy ul. Warszawskiej 42, 05-555 Tarczyn

**Inspektorem Ochrony Danych (IOD) jest** Pan Marcin Jarosiński

W sprawach związanych z Pani/a danymi osobowymi prosimy kontaktować się z Inspektorem

Ochrony Danych (IOD):

* telefonicznie: (od poniedziałku do piątku w godzinach: 8:00-15:00) pod numer telefonu:

+48 502 221 882

* e-mailowo, pod adresem: jarosinski76@gmail.com

**Celem przetwarzania danych osobowych jest:**

Ochrona stanu zdrowia, świadczenie usług medycznych, leczenie przez osoby trudniące się zawodowo leczeniem lub świadczeniem innych usług medycznych, zarządzanie udzielaniem usług medycznych w SPZOZ w Tarczynie.

**Udostępniamy dane osobowe:**

Organom upoważnionym na podstawie przepisów prawa oraz osobom upoważnionym przez Pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej.

**Dane będą przechowywane:**

Jedynie przez okres niezbędny do prawidłowego świadczenia usług i wynikający z przepisów prawa.

Podstawa prawna przetwarzania danych wynika w szczególności z:

 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej

 Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów

 Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej

Posiadacie Państwo prawo do dostępu do swoich danych, prawo ich poprawiania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do kontroli przetwarzanych danych osobowych jak i wniesienia skargi do organu nadzorczego (UODO).

Data .…………………………. …..……………………………………………………………….

 (podpis rodzica / opiekuna prawnego)