

Formularz RODO dla rodzica/opiekuna prawnego

Rodzic/opiekun ustawowy Imię i nazwisko:

PESEL lub dokument tożsamości:.....

Telefon: e-mail:

Pacjent Imię i nazwisko:.....

PESEL

Stosunek przedstawiciela ustawowego do małoletniego (np. ojciec, matka):
.....

Wypełnia i podpisuje rodzic/opiekun prawny:

Oświadczenie

Ja niżej podpisany wyrażam, zgodnie z art. 7 ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO*, wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych oraz danych mojego dziecka/podopiecznego przez placówkę o nazwie **Centrum Kształcenia Kadr Medycznych i Psychoterapii SC (Psycholodzy24)** adres korespondencyjny: ul. Wisiełki 57, 04-830 Warszawa w celu komunikacji korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dotyczących planowanych wizyt, jak również informacji o działalności prowadzonej przez placówkę o nazwie **CKKMIP SC (Psycholodzy24)**. Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki, o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie. Zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałem również poinformowany o tym, że dane zbierane są przez placówkę o nazwie **CKKMIP SC (Psycholodzy24)** adres korespondencyjny: ul. Wisiełki 57 04-830 Warszawa, o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

.....
data i czytelny podpis

*Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 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).