

Warszawa, dn.

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE W CELU PRZEPROWADZENIA DIAGNOZY
lub KONSULTACJI W ZAKRESIE INTEGRACJI SENSORYCZNEJ
(SI)W RAMACH PROJEKTU**

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia dziecka

PESEL

Adres zamieszkania dziecka

Imiona i nazwiska rodziców lub prawnych opiekunów
dziecka.....

Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu i email do kontaktów

.....
Potwierdzam zgodność powyższych danych

.....(data i podpisy rodziców/opiekunów prawnych)

Oświadczam, że wniosek składam i podpisuję:(właściwe podkreślić)

–w imieniu obojga rodziców;

–jako rodzic samotnie wychowujący dziecko;

–jako opiekun prawny;

–inne.....

.....(data i podpisy rodziców/opiekunów prawnych)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka/podopiecznego przez Wspólnotę Dzielnicy Włochy z siedzibą w 02-482 Warszawa, ul. Batalionu „AK” Włochy 20B/11. Wyrażam zgodę na w celu kontaktu pod podanym numerem telefonu w celu potwierdzenia bądź odwołania terminu.

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych oraz danych osobowych Pana/Pani dziecka/podopiecznego jest Wspólnota Dzielnicy Włochy z siedzibą w 02-482 Warszawa, ul. Batalionu „AK” Włochy 20B/11.

2. Pana/Pani dane osobowe oraz dane osobowe Pana/Pani dziecka zawarte w formularzu będą przetwarzane w celu przeprowadzenia konsultacji lub bezpłatnej diagnozy w zakresie integracji sensorycznej.

3. Pana/Pani dane osobowe oraz dane osobowe Pana/Pani dziecka/podopiecznego będą udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym przez Wspólnotę Dzielnicy Włochy z siedzibą w 02-482 Warszawa, ul. Batalionu „AK” Włochy 20B/11, na podstawie obowiązujących przepisów prawa, przede wszystkim na potrzeby prowadzonej diagnozy/konsultacji tj.: pracownikom, którzy muszą mieć dostęp do danych, aby rzetelnie wykonywać swoje obowiązki terapeuty.

4. Wspólnota Mieszkańców Dzielnicy Włochy z siedzibą w 02-482 Warszawa, ul. Batalionu „AK” Włochy 20B/11, nie zamierza przekazywać Pana/Pani danych osobowych oraz danych osobowych Pana/Pani dziecka/podopiecznego do państwa trzeciego.

6. Pana/Pani dane osobowe oraz dane osobowe Pana/Pani dziecka/podopiecznego będą przechowywane przez czas trwania diagnoz/konsultacji z zakresu integracji sensorycznej, a następnie archiwizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

7. Przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do treści danych osobowych oraz danych osobowych Pana/Pani dziecka/podopiecznego oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

8. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania, wycofania zgody w dowolnym momencie na dalsze przetwarzanie swoich danych osobowych oraz danych osobowych Pana/Pani dziecka/podopiecznego. Skorzystanie z prawa cofnięcia nie ma wpływu na przetwarzanie, które miało miejsce do momentu wycofania zgody.

9. Przysługuje Panu/Pani prawo do przenoszenia swoich danych osobowych oraz danych osobowych Pana/Pani dziecka/podopiecznego.

11. Podanie prawidłowych Pana/Pani danych osobowych oraz danych

osobowych Pana/Pani dziecka/podopiecznego jest warunkiem przystąpienia do terapii.* RODO –Rozporządzenie 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.

.....(data i podpisy rodziców/opiekunów prawnych)

