



Zespół Placówek Resocjalizacyjno
Socjoterapeutycznych w Oławie

DEKLARACJE I OŚWIADCZENIA

wychowanka

.....

Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego w Oławie

Oława,

.....
imię i nazwisko wychowanka

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że mój syn (podopieczny)
jest objęty ubezpieczeniem zdrowotnym. Został zgłoszony w:

1. Aktualnym miejscu pracy :

-moim

-współmałżonka

2. Rejonowym Urzędzie Pracy – osobą zarejestrowaną jest :

-RUP w

3. Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych – osobą pobierającą emeryturę lub rentę jest :

-ZUS w

Numer ubezpieczenia lub numer książeczki ubezpieczeniowej:

.....
O wszelkich **zmianach**, dotyczących utraty statusu pracownika, osoby bezrobotnej (zarejestrowanej w RUP), emeryta lub rencisty natychmiast **poinformuję** Zespół Placówek Resocjalizacyjno – Socjoterapeutycznych w Oławie.

.....
podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna

.....
imię i nazwisko wychowanka

O Ś W I A D C Z E N I E

**Zgoda rodzica (prawnego opiekuna) na badania psychologiczne,
pedagogiczne, logopedyczne oraz inne, przeprowadzane przez Poradnię
Psychologiczno - Pedagogiczną**

Wyrażam zgodę na badania psychologiczne, pedagogiczne, logopedyczne
oraz inne przeprowadzane przez poradnię psychologiczno – pedagogiczną
mojego syna (podopiecznego)
oraz **wyrażam zgodę na wydanie orzeczenia i opinii.**

.....
podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna

.....
imię i nazwisko wychowanka

.....
PESEL wychowanka

O Ś W I A D C Z E N I E

Zgoda rodzica (prawnego opiekuna) na badania i leczenie oraz podawanie leków

Wyrażam zgodę na badania, leczenie ambulatoryjne i szpitalne w poradniach oraz placówkach leczniczych, w tym także leczenia psychiatrycznego i neurologicznego mojego syna (podopiecznego)

ur

zam.

oraz podawanie leków przepisanych przez lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalistę lub środków farmakologicznych doraźnych w sytuacjach np. gorączki, bólu, podczas jego pobytu w Zespole Placówek Resocjalizacyjno – Socjoterapeutycznych w Oławie.

.....
podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna

.....
imię i nazwisko wychowanka

O Ś W I A D C Z E N I E

Wyrażam zgodę na konsultacje oraz ewentualne leczenie psychiatryczne mojego syna (podopiecznego).....
.....

.....
podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna

.....
imię i nazwisko wychowanka

O Ś W I A D C Z E N I E

Wyrażam zgodę na udział mojego syna
(podopiecznego)

.....

w spotkaniach terapeutycznych z terapeutą uzależnień.

.....
podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna

.....
imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

O Ś W I A D C Z E N I E

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych Rodzica/Opiekuna

—Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit a 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) **wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych** zamieszczonych w dostarczonej przeze mnie dokumentacji a w szczególności w:

- ankiecie dla rodziców,
- odpisie skróconego aktu urodzenia,
- potwierdzeniu zameldowania,
- orzeczeniach PPP np. o potrzebie kształcenia specjalnego, indywidualnego nauczania
- opinii wydanych przez szkołę, PPP, RODK lub OZSS
- postanowieniach Sądu Rejonowego
- arkuszu ocen oraz wykazie ocen cząstkowych,
- karcie zdrowia, karcie szczepień oraz książeczce zdrowia oraz innej dokumentacji zdrowotnej (np. zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do pobytu w MOS i chorobach przewlekłych, o stanie zdrowia psychicznego i aplikowanych lekach, wypisy ze szpitala),
- wywiadzie środowiskowym,
- świadectwach i zaświadczeniach szkolnych,
- deklaracjach i oświadczeniach wychowanka ZPR-S w Oławie.

w celu dopełnienia koniecznych formalności związanych z umieszczeniem mojego dziecka/podopiecznego w Zespole Placówek Resocjalizacyjno-Socjoterapeutycznych w Oławie.

.....
podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna

.....
imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

O Ś W I A D C Z E N I E

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych dziecka

W celu dopełnienia niezbędnych formalności związanych z umieszczeniem mojego dziecka/podopiecznego.....
w Zespole Placówek Resocjalizacyjno-Socjoterapeutycznych w Oławie, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit a 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) **wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka/podopiecznego zamieszczonych w dostarczonej przeze mnie dokumentacji a w szczególności w:**

- ankiecie dla rodziców,
- skierowaniu do placówki,
- odpisie skróconego aktu urodzenia,
- potwierdzeniu zameldowania,
- orzeczeniach PPP np. o potrzebie kształcenia specjalnego, indywidualnego nauczania
- opinii wydanych przez szkołę, PPP, RODK lub OZSS
- postanowieniach Sądu Rejonowego
- arkuszu ocen oraz wykazie ocen cząstkowych,
- karcie zdrowia, karcie szczepień oraz książeczce zdrowia oraz innej dokumentacji zdrowotnej, (np. zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do pobytu w MOS i chorobach przewlekłych, o stanie zdrowia psychicznego i aplikowanych lekach, wypisy ze szpitala),
- wywiadzie środowiskowym,
- świadectwach i zaświadczeniach szkolnych,
- deklaracjach i oświadczeniach wychowanka ZPR-S w Oławie.

.....
podpis Rodzica/ Prawnego opiekuna

.....
imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

O Ś W I A D C Z E N I E

Zgoda na wykorzystanie wizerunku wychowanka

Zgodnie z art. 81 ust. 1 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych z 4 lutego 1994 r. (Dz.U.2018.1191 t.j. z dnia 2018.06.21) oraz z art. 6 ust. 1 lit. a 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 RODO) **wyrażam zgodę na nieodpłatne zamieszczenie wizerunku mojego dziecka/podopiecznego.....**
zarejestrowanego podczas uroczystości, zajęć dydaktycznych, wycieczek oraz konkursów w czasie jego pobytu w Zespole Placówek Resocjalizacyjno-Socjoterapeutycznych w Oławie. Zgoda obejmuje zamieszczanie zdjęć na stronie internetowej placówki oraz gazetkach ściennych i gablotach umieszczonych w korytarzach ZSR-S w celu promowania osiągnięć i umiejętności wychowanka, zamieszczanie zdjęć w innych materiałach i prezentacjach promujących działalność placówki oraz w celach sprawozdawczości związanej z realizacją przepisów oświatowych.

.....
podpis Rodzica/ Prawnego opiekuna

.....
imię i nazwisko wychowanka

O Ś W I A D C Z E N I E

Na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 sierpnia 1999r. w sprawie nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego /tekst jednolity, Dz. U. 2014. poz. 395 ze zm./ rezygnuję z udziału uczniaw zajęciach.

.....
podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna

.....
imię i nazwisko wychowanka

O Ś W I A D C Z E N I E

Wyrażam zgodę na udział mojego syna
(podopiecznego)
w lekcjach religii.

.....
podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna

.....
imię i nazwisko wychowanka

O Ś W I A D C Z E N I E

Wyrażam zgodę na udział mojego syna
(podopiecznego) w zawodach
sportowych (joga, podnoszenie ciężarów, pływanie, piłka nożna, boks i innych)
oraz w imprezach i wycieczkach, organizowanych przez
Zespół Placówek Resocjalizacyjno – Socjoterapeutycznych w Oławie poza
terenem Placówki.

.....
podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna

.....
imię i nazwisko wychowanka

O Ś W I A D C Z E N I E

Wyrażam zgodę na udział mojego syna
(podopiecznego) w akcjach
wolontariatu proponowanych lub organizowanych przez Zespół Placówek
Resocjalizacyjno – Socjoterapeutycznych w Oławie poza terenem Placówki.

.....
podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna

.....
podpis wychowanka

.....
imię i nazwisko wychowanka

Z O B O W I A Ź A N I E

Biorę na siebie pełną odpowiedzialność za zdrowie i bezpieczeństwo mojego syna (podopiecznego) podczas przepustek z Zespołu Placówek Resocjalizacyjno – Socjoterapeutycznych w Oławie – od czasu wyjścia do powrotu do Placówki.

.....
podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna

.....
imię i nazwisko wychowanka

**Zespół Placówek
Resocjalizacyjno –
Socjoterapeutycznych
w Oławie**

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na samodzielne powroty mojego syna
(podopiecznego).....
z urlopowania do domu rodzinnego w poniedziałek przed zajęciami
edukacyjnymi o godz. 7. 30.

.....
podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna

.....
imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

I N F O R M A C J A

Szanowni Państwo,

Administratorem Państwa danych osobowych jest Zespół Placówek Resocjalizacyjno- Socjoterapeutycznych w Oławie z siedzibą w Oławie przy ul. Kutrowskiego 31 A.

Inspektorem ochrony danych osobowych (IOD) jest Katarzyna Bala-Antczak. W przypadku pytań lub wątpliwości dotyczących ochrony danych osobowych można kontaktować się z Inspektorem pod adresem:

biuro@abi-kancelaria.pl

Macie Państwo prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, żądania ich usunięcia, prawo ograniczenia przetwarzania i prawo przenoszenia danych. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeżeli uznają Państwo, że dane są przetwarzane niezgodnie z wymogami prawnymi.

Państwa dane będą przetwarzane w celu prowadzenia przez Administratora działalności statutowej placówki oraz księgowej i skarbowej.

Podanie danych jest dobrowolne, jednakże ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości podjęcia jakichkolwiek działań statutowych Administratora.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz d rozporządzenia 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 - dalej: **RODO**. W zakresie, w jakim przetwarzane dane obejmują dane szczególnych kategorii, podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 9 ust. 2 lit. b, c, f oraz h **RODO**.

Odbiorcami Państwa danych są upoważnieni pracownicy Administratora, jednostki świadczące usługi medyczne i diagnostyczne, poradnie psychologiczno - pedagogiczne i specjalistyczne, oraz podmioty świadczące usługi wsparcia technicznego na mocy umów o współpracy i tylko w celu realizacji zadań wynikających z tych umów.

Państwa dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to wymagane do realizacji celu w jakim zostały pobrane.

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z wymogami RODO oraz zgodnie z ustawami związanymi z główną działalnością Administratora, nie będą przekazywane podmiotom nieuprawnionym.

Otrzymałem/łam

podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna