

## ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO OSOBY NIELETNIEJ NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany(a): .....

(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego osoby nieletniej)

zamieszkały(a) .....

(pełny adres zamieszkania)

oświadczam, że posiadam ograniczoną/nieograniczoną władzę rodzicielską jako ojciec/matka/opiekun  
prawny osoby nieletniej .....

(imię/ imiona i nazwisko dziecka)

oraz niniejszym zgodnie z rozporządzeniem 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  
(RODO) wyrażam zgodę na:

1. przetwarzanie przez Agata Kamińska-Górna Gabinet terapii logopedycznej „ArtykulAACja”  
**danych osobowych osoby nieletniej, o której mowa powyżej, obejmujących: imię,  
nazwisko, adres zamieszkania, informacje medyczne, PESEL, datę i miejsce urodzenia** w  
celu świadczenia usług w zakresie konsultacji, obserwacji, diagnozy, instruktażu i terapii  
logopedycznej /neurologopedycznej, w tym dokumentowania wydarzeń z udziałem wyżej  
wymienionej osoby nieletniej

.....  
(własnoręczny podpis) (miejscowość, data)

2. przetwarzanie przez Agata Kamińska-Górna Gabinet terapii logopedycznej „ArtykulAACja”  
**danych osobowych osoby nieletniej, o której mowa powyżej, obejmujących wizerunek i  
dźwięk** w celu świadczenia usług w zakresie konsultacji, obserwacji, diagnozy, instruktażu i  
terapii logopedycznej /neurologopedycznej, w tym dokumentowania i utrwalania wydarzeń z  
udziałem wyżej wymienionej osoby nieletniej

.....  
(własnoręczny podpis) (miejscowość, data)

3. przetwarzanie przez Agata Kamińska-Górna Gabinet terapii logopedycznej „ArtykulAACja”  
**moich danych osobowych obejmujących: imię, nazwisko, adres zamieszkania, adres do  
korespondencji, numer telefonu, adres e-mail** w celu świadczenia usług w zakresie  
konsultacji, instruktażu, identyfikacji, kontaktu z rodzicem/opiekunem osoby nieletniej,  
prowadzenia korespondencji, rozliczeń finansowych oraz gromadzenia i zabezpieczenia  
oświadczeń w sprawach dotyczących osoby nieletniej, dokumentowania i utrwalania wydarzeń  
z moim udziałem w charakterze rodzica/opiekuna prawnego osoby nieletniej będącej  
podopiecznym Agata Kamińska-Górna Gabinet terapii logopedycznej „ArtykulAACja”

.....  
(własnoręczny podpis) (miejscowość, data)

4. przetwarzanie przez Agata Kamińska-Górna Gabinet terapii logopedycznej „ArtykulAACja”  
**moich danych osobowych obejmujących wizerunek i dźwięk** w celu dokumentowania i  
utrwalania wydarzeń z moim udziałem w charakterze rodzica/opiekuna prawnego osoby  
nieletniej będącej podopiecznym Agata Kamińska-Górna Gabinet terapii logopedycznej  
„ArtykulAACja”.

.....  
(własnoręczny podpis) (miejscowość, data)

Ponadto oświadczam, że:

1. podaję dane osobowe osoby nieletniej i dane osobowe rodzica/opiekuna prawnego dobrowolnie,
2. zapoznałem(am) się z klauzulą informacyjną RODO dołączoną do niniejszego formularza zgody.

.....  
(własnoręczny podpis) (miejscowość, data)