

**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 przetwarzanie przez Agatę Kamińską-Górna Gabinet terapii logopedycznej „ArtykułAACja”, zwany dalej „Gabinetem”, oraz przez osoby wykonujące zlecenie na rzecz Gabinetu (prowadzenie terapii):

1. **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 prowadzonych w Gabinetcie, w tym dokumentowania wydarzeń z udziałem wyżej wymienionej osoby nieletniej.

.....
(własnoręczny podpis, data)

2. **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.

.....
(własnoręczny podpis, data)

3. **danych osobowych osoby nieletniej, o której mowa powyżej, obejmujących wizerunek i dźwięk** w celu świadczenia usług w zakresie konsultacji, obserwacji, diagnozy, instruktażu i terapii prowadzonych w Gabinetcie, w tym dokumentowania i utrwalania wydarzeń z udziałem wyżej wymienionej osoby nieletniej, oraz w celu prezentowania i obrazowania prowadzonych terapii oraz działalności Gabinetu.

.....
(własnoręczny podpis, data)

4. **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 Gabinetu.

.....
(własnoręczny podpis, data)

Ponadto oświadczam, że:

1. niniejsza zgoda obowiązuje do czasu jej wycofania,
2. podaję dane osobowe osoby nieletniej i dane osobowe rodzica/opiekuna prawnego dobrowolnie,
3. zapoznałem(am) się z klauzulą informacyjną RODO dołączoną do niniejszego formularza zgody,
4. zapoznałem(am) się z Regulaminem zajęć terapeutycznych obowiązującym w Gabinetcie.

.....
(własnoręczny podpis, data)