

Tytuł projektu:

„Program polityki zdrowotnej z zakresu wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci z powiatu poznańskiego”.

Dane osobowe dziecka

Imię	
Nazwisko	
Pesel	
Nazwa szkoły	
Miejscowość zameldowania/zamieszkania	

Dane kontaktowe

Imię rodzica/opiekuna prawnego	
Nazwisko rodzica/opiekuna prawnego	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Nr budynku	
Nr lokalu	
Kod pocztowy	



Telefon kontaktowy rodzica/opiekuna prawnego	
Adres e-mail rodzica/opiekuna prawnego	

Status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu				
Czy dziecko chodzi do 1 klasy szkoły podstawowej w roku szkolnym 2023/2024?	Tak		Nie	
Czy dziecko ma zdiagnozowaną wadę wzroku?	Tak		Nie	
Czy dziecko jest pod opieką poradni okulistycznej?	Tak		Nie	
Czy dziecko uczestniczy w programie o podobnym charakterze?	Tak		Nie	

Oświadczam, że przedstawione dane są prawdziwe.

Data

Podpis

*Do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć zgodę na badania oraz zgodę na przetwarzanie danych osobowych, które są dostępne na stronie internetowej www.poradniaowinska.pl lub w sekretariacie szkoły.



.....
Imię i nazwisko dziecka

.....
Adres zamieszkania/zameldowania

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

1. Administratorem danych osobowych jest MAG21 Sp. z o. o. z siedzibą w Poznaniu ul. Jana Spychalskiego 28/12, 61-553
2. Wyznaczono inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować poprzez e-mail: iod@okulistyka21.pl.
3. Pani/Pana dane oraz dane dziecka będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO w związku z realizacją „Programu polityki zdrowotnej z zakresu wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci z powiatu poznańskiego” w 2024 r., w tym dla celów sprawozdawczych, rozliczenia dotacji przekazanej na realizację Programu. Program realizowany jest na podstawie art.8 pkt.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
4. Zebrane dane, będą przetwarzane w celach rekrutacyjnych i do badań okulistycznych oraz przechowywane przez czas niezbędny do realizacji projektu.
5. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przekazanych danych osobowych zawartych w formularzu rejestracyjnym w celu i zakresie niezbędnym do rejestracji w projekcie „Program polityki zdrowotnej z zakresu wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci z powiatu poznańskiego” przez MAG21 Sp. z o.o.. Podanie danych jest warunkiem koniecznym do udziału w Projekcie, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości przystąpienia do Projektu.
7. Wyrażam zgodę na otrzymywanie drogą mailową lub telefoniczną informacji o kwalifikacji dziecka do projektu „Program polityki zdrowotnej z zakresu wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci z powiatu poznańskiego”.
8. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania oraz ograniczenia przetwarzania.
9. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

Oświadczam, że zapoznałam się z powyższą informacją o przetwarzaniu danych osobowych oraz wyrażam zgodę w na udział zgłoszonego dziecka w Projekcie pn. „Program polityki zdrowotnej dotyczącej wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci z powiatu poznańskiego” oraz na dalsze badania okulistyczne.

.....
Data, Imię i Nazwisko osoby składającej oświadczenie



INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

(§ 7 ust. 3 umowy)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Starosta Poznański z siedzibą przy ulicy Jackowskiego 18, 60-509 Poznań.
2. Wyznaczono inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować poprzez e-mail: iod@powiat.poznan.pl lub pisemnie na adres: Starostwo Powiatowe w Poznaniu, ul. Jackowskiego 18, 60-509 Poznań.
3. Pani/Pana dane oraz dane dziecka będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO w związku z realizacją „Programu polityki zdrowotnej z zakresu wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci z powiatu poznańskiego” w 2024 r., w tym dla celów sprawozdawczych, rozliczenia dotacji przekazanej na realizację Programu. Program realizowany jest na podstawie art.8 pkt.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
4. Dane po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny do zrealizowania przepisów dotyczących archiwizowania danych przez Administratora.
5. Pani/Pan, których dane dotyczą, ma prawo do:
 - a) dostępu do swoich danych osobowych,
 - b) żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe,
 - c) żądania usunięcia danych, gdy:
 - dane nie są już niezbędne do celów, dla których zostały zebrane,
 - dane przetwarzane są niezgodnie z prawem,
 - d) żądania ograniczenia przetwarzania, gdy:
 - osoby te kwestionują prawidłowość danych,
 - przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoby te sprzeciwiają się usunięciu danych
 - Administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobom, których dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
6. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek obowiązkowe, jeśli osoba deklaruje chęć uczestnictwa dziecka w „Programu polityki zdrowotnej z zakresu wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci z powiatu poznańskiego” w 2024 r. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości udziału w ww. Programie.
8. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu.
9. Odbiorcami danych osobowych są upoważnieni pracownicy Starostwa Powiatowego w Poznaniu.

Oświadczam, że zapoznałam się z powyższą informacją o przetwarzaniu danych osobowych

.....
Data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie