



Poradnia Pozytywka – Środowiskowe Centrum Zdrowia
Psychicznego dla dzieci i młodzieży w Zielonej Górze
ul. Monte Cassino 21B, 65-561 Zielona Góra

Wypełnia Rejestrator:

Data kontaktu z rejestracją:

Godzina kontaktu z rejestracją:

Numery telefonu do opiekunów:

.....

Adres opiekuna:

.....

Czy dziecko kwalifikuje się do projektu w związku z miejscem zamieszkania/ miejscem
pobytu : Tak/nie

Numerteczki:

Czy uzyskano wszystkie wymagane zgody? Tak/nie

Kwestionariusz dla Opiekuna/Rodzica

• Dane osobowe dziecka

- Imię:

- Nazwisko:

- Data urodzenia:

- Pesel dziecka:

- Telefon komórkowy dziecka (jeśli posiada):

- Adres zamieszkania dziecka:

Miejscowość

Kod pocztowy

Ulica i numer mieszkania

- Czy adres korespondencyjny jest taki sam? Tak/nie

Jeśli nie proszę podać adres korespondencyjny

.....

- Klasa:

- Poziom niepełnosprawności (jeśli istnieje):

- Czy są jakieś ograniczenia dotyczące korzystania z poradni np. trudny dojazd do placówki itp.

.....

• Hospitalizacje

- Czy dziecko było kiedyś hospitalizowane na oddziale psychiatrycznym z powodu zaburzeń
psychicznych? Tak/nie (jeśli tak to gdzie)

- Czy dziecko cierpi na jakieś choroby przewlekłe? Tak/ nie

- Czy dziecko przyjmuje jakieś leki? Jeśli tak to jakie

.....

Partnerski projekt „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży w Zielonej Górze” realizowany od 01.01.2021r. do 31.12.2023.
w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 i współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego



Fundusze
Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





Poradnia Pozytywka – Środowiskowe Centrum Zdrowia
Psychicznego dla dzieci i młodzieży w Zielonej Górze
ul. Monte Cassino 21B, 65-561 Zielona Góra

- Czy Pani/Pana dziecko/rodzina korzystała z pomocy specjalistów? Kto jest lekarzem, psychologiem, psychoterapeutą lub inną osobą z kręgu specjalistów? (Czas, miejsce, osoba)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

• Dane Osobowe Opiekuna zgłaszającego dziecko:

- Imię:
- Nazwisko:
- Adres zamieszkania:.....
.....
- Podkreśl właściwe: opiekun prawny/matka/ojciec
- Pesel zgłaszającego:
- Numer kontaktowy:
- Adres e-mail:

• Aktualny problem według opiekuna

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Wywiad dotyczący (wpisz lub podkreśl właściwe) matki/ opiekunki
prawnej/konkubentki ojca/ macochy
Wiek.....
Wykształcenie: podstawowe, zawodowe, średnie, wyższe
Praca zawodowa: pracuje (zawód) / nie pracuje
- Stan zdrowia matki. (podkreśl właściwe)
Czy jest zdrowa: Tak/nie
Czy stwierdzono przewlekłe choroby somatyczne? Tak/nie
Czy stwierdzono choroby psychiczne? Tak/nie





Poradnia Pozytywka – Środowiskowe Centrum Zdrowia
Psychicznego dla dzieci i młodzieży w Zielonej Górze
ul. Monte Cassino 21B, 65-561 Zielona Góra

Czy korzystała w swoim życiu z pomocy psychiatrycznej? Tak/nie

Jeśli tak, to z jakiego powodu?

Czy podejmowała próby samobójcze? Tak/nie

Czy nadużywa alkoholu? Tak/nie

Czy używa narkotyków? Tak/nie

Czy pali papierosy? Tak/nie

Czy w rodzinie były nagłe zgony, zwłaszcza młodych ludzi? Tak/nie

Czy w rodzinie ktoś korzystał z pomocy psychiatrycznej? Tak/nie

Czy w rodzinie były próby samobójcze? Tak/nie

Czy ktoś w rodzinie spożywa alkohol/narkotyki? Tak/nie

- Wywiad dotyczący (wpisz lub podkreśl właściwe) ojca/ opiekuna prawnego/
konkubenta matki

Wiek.....

Wykształcenie: podstawowe, zawodowe, średnie, wyższe

Praca zawodowa: pracuje (zawód)... / nie pracuje

- Stan zdrowia ojca.

Czy jest zdrowy: Tak/nie

Czy stwierdzono przewlekłe choroby somatyczne? Tak/nie

Czy stwierdzono choroby psychiczne? Tak/nie

Czy korzystał w swoim życiu z pomocy psychiatrycznej? Tak/nie

Jeśli tak, to jaki powód?

Czy podejmował próby samobójcze? Tak/nie

Czy nadużywa alkoholu? Tak/nie

Czy używa narkotyków? Tak/nie

Czy pali papierosy? Tak/nie

Czy w rodzinie były nagłe zgony, zwłaszcza młodych ludzi? Tak/nie

Czy w rodzinie ktoś korzystał z pomocy psychiatrycznej? Tak/nie

Czy w rodzinie były próby samobójcze? Tak/nie

Czy ktoś w rodzinie spożywa alkohol/narkotyki? Tak/nie

- Czy w ostatnim czasie zaobserwował/a Pan/Pani u dziecka następujące objawy,
zmiany? (podkreśl pasujące)

Obniżony nastrój, smutek, przygnębienie, niepokój, strach, napięcie, złość, wściekłość, agresję,
apatię, wycofanie, lęk, poczucie krzywdy, rozpacz, poczucie winy, zaburzenia snu, zaburzenia
odżywiania, spadek lub przybieranie na wadze, zaburzenia seksualne, objawy zmęczenia i
wyczerpania, brak motywacji, trudności decyzyjne, płaczliwość, sięganie po alkohol i inne
używkę, używanie substancji psychoaktywnych, kłótniowość, konfliktowość, spadek
efektywności w pracy, inne (jakie?)

Partnerski projekt „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży w Zielonej Górze” realizowany od 01.01.2021r. do 31.12.2023.
w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 i współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego



Fundusze
Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





Poradnia Pozytywka – Środowiskowe Centrum Zdrowia
Psychicznego dla dzieci i młodzieży w Zielonej Górze
ul. Monte Cassino 21B, 65-561 Zielona Góra

1. WYWIAD RODZINNY

- Ważne informacje.

- Aktualny problem według opiekuna.

- Ciąża:
Która z kolei.

Prawidłowa/powikłana

Czy matka w czasie ciąży zażywała substancje psychoaktywne? Jeśli tak, to jakie?

Czy matka w czasie ciąży zażywała leki? Jeśli tak, to jakie?

- Rozwój motoryki (wiek).
Siadanie.....
Wstawanie.....
Raczkowanie.....
Chodzenie.....
- Rozwój mowy (wiek).
Pierwsze słowa.....
Pierwsze zdanie.....

Partnerski projekt „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży w Zielonej Górze” realizowany od 01.01.2021r. do 31.12.2023.
w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 i współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





Poradnia Pozytywka – Środowiskowe Centrum Zdrowia
Psychicznego dla dzieci i młodzieży w Zielonej Górze
ul. Monte Cassino 21B, 65-561 Zielona Góra

- Trening czystości (wiek)
- Moczanie nocne (wiek)
Tak/nie; do kiedy?.....
- Zabawy (wiek):
Zabawy tematyczne np. zabawa w dom, szkołę Tak/Nie
Zabawy na niby - np. udaje, że coś robi, że trzyma coś, czego nie ma Tak/Nie
Wskazywanie protodeklaratywne (wskazywanie palcem) Tak/Nie
- Czy Pani karmiła dziecko piersią? (wiek)
Tak/Nie; Jeśli tak, do kiedy?
- Do jakiego wieku dziecka była Pani z nim w domu? (wiek).....
- Przewlekłe choroby. pobyty w szpitalach, drgawki, zabiegi chirurgiczne, problemy z tarczycą, astmą, cukrzycą, urazy głowy, itp.?

- Wiek przedszkolny.
Czy chodził/a do przedszkola – Tak/Nie

Stosunki z rówieśnikami.

Czy nauczyciele zgłaszali problemy z dzieckiem?

Jak Pani/Pan na to reagował/a?

Partnerski projekt „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży w Zielonej Górze” realizowany od 01.01.2021r. do 31.12.2023. w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 i współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





Poradnia Pozytywka – Środowiskowe Centrum Zdrowia
Psychicznego dla dzieci i młodzieży w Zielonej Górze
ul. Monte Cassino 21B, 65-561 Zielona Góra

Czy Państwo poza przedszkolem mieliście problemy z dzieckiem?

Jak na to reagowaliście?

- Szkoła Podstawowa.
Nauka.

Relacje z rówieśnikami.

Czy nauczyciele zgłaszali problemy z dzieckiem?

Jak Pani/Pan na to reagował?

Partnerski projekt „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży w Zielonej Górze” realizowany od 01.01.2021r. do 31.12.2023.
w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 i współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego



Poradnia Pozytywka – Środowiskowe Centrum Zdrowia
Psychicznego dla dzieci i młodzieży w Zielonej Górze
ul. Monte Cassino 21B, 65-561 Zielona Góra

Czy Państwo, poza szkołą mieliście problemy z dzieckiem?

Jak na nie reagowaliście?

- Szkoła średnia.

Nauka.

Relacje z rówieśnikami.

Czy nauczyciele zgłaszali problemy z dzieckiem?

Jak Pani/Pan na to reagował?

Partnerski projekt „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży w Zielonej Górze” realizowany od 01.01.2021r. do 31.12.2023.
w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 i współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego



Poradnia Pozytywka – Środowiskowe Centrum Zdrowia
Psychicznego dla dzieci i młodzieży w Zielonej Górze
ul. Monte Cassino 21B, 65-561 Zielona Góra

Czy Państwo, poza szkołą mieliście problemy z dzieckiem?

Jak na nie reagowaliście?

- Funkcjonowanie dziecka w domu.

Jak obecnie oceniacie Państwo funkcjonowanie dziecka w domu?

- Czy u dziecka rozpoznano następujące problemy:

Tiki	Tak/Nie
Zaburzenia rozwoju mowy	Tak/Nie
Odmowa chodzenia do szkoły	Tak/Nie
Próby samobójcze	Tak/Nie
Narkotyki	Tak/Nie
Alkohol	Tak/Nie
Papierosy	Tak/Nie
Samookaleczenia	Tak/Nie
Problemy z prawem (kurator)	Tak/Nie

- Rodzina.

Stan rodziny (pełna, samotnie wychowujący rodzic, rekonstruowana, zastępcza)





Poradnia Pozytywka – Środowiskowe Centrum Zdrowia
Psychicznego dla dzieci i młodzieży w Zielonej Górze
ul. Monte Cassino 21B, 65-561 Zielona Góra

Osoby mieszkające z dzieckiem.

--

Rodzeństwo (wiek).

--

- Skąd dowiedział/a się Pan/i o Poradni Pozytywka?

.....
.....

Podpis czytelny Rodzica/Opiekuna

.....

Podpis czytelny Osoby Rejestrującej

.....

Partnerski projekt „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży w Zielonej Górze” realizowany od 01.01.2021r. do 31.12.2023.
w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 i współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





Poradnia Pozytywka – Środowiskowe Centrum Zdrowia
Psychicznego dla dzieci i młodzieży w Zielonej Górze
ul. Monte Cassino 21B, 65-561 Zielona Góra

Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży w Zielonej Górze
ul. Monte Cassino 21B, 65-561 Zielona Góra, 459 588 988

FORMULARZ REKRUTACYJNY			
Informacje o projekcie			
Nazwa beneficjenta		SP ZOZ Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze	
Tytuł projektu		Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży w Zielonej Górze	
Dane uczestnika			
Rodzaj uczestnika		Indywidualny	
Imię			
Nazwisko			
PESEL			
Płeć		☐	☐
Wykształcenie:	☐ Niższe niż podstawowe (ISCED 0)		
	☐ Podstawowe (ISCED 1)		
	☐ Gimnazjalne (ISCED2)		
	☐ Ponadgimnazjalne (ISCED 3)		
	☐ Policealne (ISCED 4)		
	☐ Wyższe (ISCED 5-8)		
Dane kontaktowe			
Województwo		Lubuskie	
Powiat			
Gmina			
Miejscowość			
Ulica			
Nr budynku			
Nr lokalu			
Kod pocztowy			

Partnerski projekt „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży w Zielonej Górze” realizowany od 01.01.2021r. do 31.12.2023.
w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 i współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





Poradnia Pozytywka – Środowiskowe Centrum Zdrowia
Psychicznego dla dzieci i młodzieży w Zielonej Górze
ul. Monte Cassino 21B, 65-561 Zielona Góra

Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży w Zielonej Górze
ul. Monte Cassino 21B, 65-561 Zielona Góra, 459 588 988

Telefon kontaktowy		
Adres poczty elektronicznej (e-mail)		
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu		
- Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	☐ Tak	☐ Nie
- Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	☐ Tak	☐ Nie
- Osoba bierna zawodowo	☐ Tak	☐ Nie
- Osoba ucząca się lub kształcąca	☐ Tak	☐ Nie
- Osoba pracująca	☐ Tak	☐ Nie
Jeżeli tak, zaznacz poniżej		
Zatrudniony:	☐ w administracji rządowej	
	☐ w administracji samorządowej	
	☐ w MMŚP	
	☐ w organizacji pozarządowej	
	☐ samozatrudniony	
	☐ w dużym przedsiębiorstwie	
	☐ inne	
Wykonywany zawód:		
Zatrudniony w:		
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu		
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	☐ Tak	☐ Nie
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ Tak	☐ Nie
Osoba z niepełnosprawnościami	☐ Tak	☐ Nie
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej ***	☐ Tak	☐ Nie

Oświadczam, że podane wyżej dane są zgodne z prawdą. Zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składania oświadczeń niezgodnych z prawdą na potrzeby projektu pn. „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży w Zielonej Górze”.

Miejscowość, data

Czytelny podpis Beneficjenta

Partnerski projekt „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży w Zielonej Górze” realizowany od 01.01.2021r. do 31.12.2023. w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 i współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





Poradnia Pozytywka – Środowiskowe Centrum Zdrowia
Psychicznego dla dzieci i młodzieży w Zielonej Górze
ul. Monte Cassino 21B, 65-561 Zielona Góra

Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży w Zielonej Górze
ul. Monte Cassino 21B, 65-561 Zielona Góra, 459 588 988

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

(uwzględnia obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży w Zielonej Górze” przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.

2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:

a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),

b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),

c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781);

d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).

3. Moje dane osobowe będą przetwarzane w zbiorach: „Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój”, „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.

4. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży w Zielonej Górze”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.

5. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej – Minister Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej, beneficjentowi realizującemu projekt - SP ZOZ Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - Województwo Lubuskie/Departament Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego

Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze oraz Miasto Zielona Góra/ Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER. Moje dane osobowe mogą zostać powierzone podmiotom świadczącym na rzecz Instytucji Zarządzającej usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych.

6. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione organom upoważnionym zgodnie z obowiązującym prawem.

Partnerski projekt „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży w Zielonej Górze” realizowany od 01.01.2021r. do 31.12.2023. w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 i współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





Poradnia Pozytywka – Środowiskowe Centrum Zdrowia
Psychicznego dla dzieci i młodzieży w Zielonej Górze
ul. Monte Cassino 21B, 65-561 Zielona Góra

Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży w Zielonej Górze
ul. Monte Cassino 21B, 65-561 Zielona Góra, 459 588 988

7. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
8. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
9. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
11. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
12. Mogę skontaktować się u beneficjenta z osobą, która odpowiada za ochronę przetwarzania danych osobowych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej kontakt@poradniapozytywka.pl lub z powołanym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej iod@miir.gov.pl.
13. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania jeżeli spełnione są przesłanki określone w art. 16 i 18 RODO.
14. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY

.....
PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.





Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci
i młodzieży w Zielonej Górze
Ul. Monte Cassino 21B, 65-561 Zielona Góra, 459 588 988

Informacja dla pacjentów i opiekunów

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest SP ZOZ Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży z siedzibą w Zaborze,
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - iod@cldim.zgora.pl,
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Art. 9 ust. 1 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r
- 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa
- 5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 20 lat,
- 6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania
- 7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego
- 8) podanie danych osobowych jest obligatoryjne na mocy przepisu prawa

Data i podpis





Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci
i młodzieży w Zielonej Górze
Ul. Monte Cassino 21B, 65-561 Zielona Góra, 459 588 988

**Formularz zgody rodzica/opiekuna prawnego na udział dziecka w konsultacji psychologicznej/
w terapii psychologicznej/ w badaniu psychiatrycznym/ uczestniczeniu w zajęciach odbywających
się na Oddziale Dziennym (w zależności od potrzeb) w Środowiskowym Centrum Zdrowia
Psychicznego dla dzieci i młodzieży w Zielonej Górze.**

Rodzic/opiekun ustawowy Imię i nazwisko:

PESEL lub dokument tożsamości:

Imię i nazwisko dziecka:

PESEL dziecka

Stosunek przedstawiciela ustawowego do małoletniego (np. ojciec, matka):

Jednocześnie potwierdzam, że zostałem poinformowany o fakcie, że prowadzenie powyższych działań
psychologicznych i terapeutycznych u dziecka niepełnoletniego, lecz powyżej 16 roku życia, wymaga
również jego zgody.

.....
Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego składającego oświadczenie

*** Wypełnia i podpisuje pacjent powyżej 16 roku życia (jeśli dotyczy):**

Wyrażam zgodę na udział w konsultacji psychologicznej/ w terapii psychologicznej/ w badaniu
psychiatrycznym/ uczestniczeniu w zajęciach odbywających się na Oddziale Dziennym (w zależności
od potrzeb) w Środowiskowym Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży w Zielonej
Górze.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta składającego oświadczenie

.....
Data i czytelny podpis przyjmującego oświadczenie





Poradnia Pozytywka – Środowiskowe Centrum Zdrowia
Psychicznego dla dzieci i młodzieży w Zielonej Górze
ul. Monte Cassino 21B, 65-561 Zielona Góra

Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży w Zielonej Górze, Poradnia „Pozytywka”

65-561, Zielona Góra, ul. Monte Cassino 21B

e-mail:

Zielona Góra, dn.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na to, aby
(imię i nazwisko dziecka) ur. opuszczał/a Poradnię Pozytywka przy ul. Monte Cassino 21B,
po skończonych zajęciach samodzielnie*/pod opieką*

.....
(imię i nazwisko upoważnionej osoby, jej relacja wobec dziecka, seria i nr dowodu osobistego, nr telefonu).

Osoba upoważniona podała swoje dane dobrowolnie i wyraziła zgodę na przetwarzanie danych osobowych na załączniku nr 1 do niniejszego oświadczenia.

.....

(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

*niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 1 do oświadczenia dot. odbioru dziecka z poradni

(podpisuje osoba upoważniona)

W trybie art. 13 ust. 1 i 2 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), Dz. U. UE. L. 2016.119.1 z dnia 4 maja 2016r zwanego wyżej RODO, informuję:

1. Administratorem jest Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży w Zielonej Górze, które przetwarza Pani (a) dane w trybie art. 6 ust. lit. a RODO.
2. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest Wiesław Tomala, tel.602318478, e-mail: iod@cldim.zgora.pl
3. Pani (a) dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie w celu identyfikacji osoby odbierającej dziecko z poradni.
4. Dane osobowe będą przetwarzane i przechowywane w formie papierowej, przez okres uczęszczania dziecka do poradni lub cofnięcia zgody, a następnie trwale niszczone.
5. Przysługuje Pani (u) prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Cofnięcie zgody będzie skutkowało brakiem możliwości odbioru dziecka z poradni.
6. Cofnięcie zgody może mieć następującą formę: Cofam moją zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez, udzieloną w dniu w celu identyfikacji osoby odbierającej dziecko z poradni. Podpis osoby, której dane dotyczą.
7. Przysługuje Pani (u) prawo do żądania dostępu do danych osobowych dotyczących Pani (a) osoby, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
8. Każda osoba, której dane dotyczą ma prawo wnieść skargę do organu nadzorczego w zgodności z art. 77 RODO.

Po zapoznaniu się z powyższymi informacjami wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (nazwisko, imię, seria i nr dowodu osobistego, nr telefonu) w trybie 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), Dz. U. UE. L. 2016.119.1 z dnia 4 maja 2016r.

.....
data i czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę



