**Dane rodzica/opiekuna prawnego:** ..........................................................

........................................................... (miejscowość, data)

*(imię i nazwisko)*

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

*(adres zamieszkania)*

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

*(nr telefonu)*

# DEKLARACJA UCZESTNICTWA W RZĄDOWYM PROGRAMIE KOMPLEKSOWEGO WSPARCIA *"Za życiem"*

Ja, niżej podpisany/a

………………………………………………………………………….........................................

*(imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna składającego oświadczenie)*

dobrowolnie deklaruję chęć przystąpienia mojego dziecka do udziału w rządowym Programie "Za życiem" realizowanym przez Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną w Wieruszowie, ul. Szkolna 1-3, 98 – 400 Wieruszów

**WYRAŻAM ZGODĘ NA UDZIAŁ**

dziecka:

………………………………………………………..........................................................................................

*(imię i nazwisko dziecka)*

………………………………………………………..........................................................................................

*(data i miejsce urodzenia)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

zam.

………………………………………………………..........................................................................................

*(adres zamieszkania: ulica, numer domu/mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)*

………………………………………………………..........................................................................................

*(nazwa placówki, do której dziecko uczęszcza – żłobek/przedszkole)*

**Załączniki do deklaracji\*:**

* opinia o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka
* orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego
* zaświadczenie lekarskie o zagrożeniu niepełnosprawnością powstałą w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu zgodne z ustawą „Za życiem”
* orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez PZOON

\*Należy załączyć i zaznaczyć co najmniej jeden z wymienionych dokumentów.

Czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna

Czy dziecko korzysta z wczesnego wspomagania rozwoju (właściwe podkreślić) Tak Nie

Jeżeli korzysta to proszę wpisać gdzie dziecko realizuje wsparcie w ramach wczesnego wspomagania rozwoju

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Oświadczam, iż:**

1. zostałem/am poinformowany o celach i założeniach Programu;
2. zapoznałem/am się z warunkami uczestnictwa w Programie
3. zostałem/am poinformowany/a, iż mój udział w Programie jest bezpłatny oraz uczestniczę w projekcie finansowanym ze środków publicznych;
4. zapoznałem/am się z prawami i obowiązkami Uczestnika Programu określonymi w Regulaminie rekrutacji   
    i uczestnictwa w Programie;
5. zapoznałam/em się z zamieszczoną poniżej informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych;
6. moje dziecko nie jest objęte zajęciami terapeutycznymi w ramach Programu „Za Życiem” w innym ośrodku;
7. jestem rodzicem sprawującym władzę rodzicielską/ prawnym opiekunem /sprawuję pieczę zastępczą nad dzieckiem, które zgłaszam do Programu.

Pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszej *Deklaracji Uczestnictwa w Rządowym Programie Kompleksowego Wsparcia „Za życiem”* są zgodne z prawdą.

## 

## ........………………………………………………………………

(CZYTELNY PODPIS rodzica/ opiekuna prawnego)

**Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Wieruszowie:

1) zwykłych danych osobowych w postaci:

• imienia i nazwiska

• adresu zamieszkania

• numeru telefonu

* nr PESEL
* nazwy placówki do której dziecko uczęszcza

2) danych osobowych szczególnych kategorii w postaci:

• o stanie zdrowia

w celu realizacji założeń rządowego programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” wprowadzonego Uchwałą NR 160 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” ustanowionego na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, zgodnie ze złożoną deklaracją.

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em poinformowany o tym, iż mam prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę oraz o tym, że wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

…………………………………………… ……………………………………………………..

( miejscowość i data) ( imię i nazwisko)

**Klauzula informacyjna**

**(Program „Za życiem”)**

Wypełniając obowiązek informacyjny wynikający z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia PEiR (UE) nr 2016/679 z 27.04.2016 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.Urz. UE. L. z 2016 r. Nr 119, s. 1, ze zm.) – dalej RODO, informuję że:

1. **Administrator danych osobowych**

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Wieruszowie, ul. Waryńskiego 14, 98-400 Wieruszów, tel. 62 7841295, email: pppwieruszow@vp.pl

2. **Inspektor ochrony danych**

Kontakt: numer telefonu: 727931623 lub adres e-mail: e-mail: slawek6808@op.pl

3. **Cele i podstawy przetwarzania danych osobowych**

Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji założeń rządowego programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” wprowadzonego Uchwałą NR 160 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” ustanowionego na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” w zakresie wyrażonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. a RODO).

4. **Odbiorcy danych osobowych**

Dane mogą być udostępniane podmiotom upoważnionym do tego na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom z którymi administrator zawarł umowy powierzenia danych.

5. **Przekazywanie danych do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych**

Administrator nie przekazuje danych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

6. **Okres przechowywania danych osobowych**

Dane osobowe przechowywane będą przez okres realizacji programu oraz w obowiązkowym okresie przechowywania, ustalanym zgodnie z odrębnymi przepisami ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

7. **Zakres przysługujących uprawnień**

Posiada Pan/i prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych, a także ich sprostowania (poprawiania). Przysługuje Pani/u także prawo do żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także sprzeciwu na przetwarzanie, przy czym przysługuje ono jedynie w sytuacji, jeżeli dalsze przetwarzanie nie jest niezbędne do wywiązania się przez Administratora z obowiązku prawnego i nie występują inne nadrzędne prawne podstawy przetwarzania.

8. **Informacja o przetwarzaniu na podstawie zgody**

Posiada Pan/i prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

9. **Informacje o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego**

W razie powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu danych osobowych, przysługuje Pani/u prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

10. **Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych**

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do udziału w programie.

11. **Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu**

Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

………………………………………… …………………………………………………..

Data, miejscowość Podpis rodzica/prawnego opiekuna