

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji: **

- dysfunkcja narządu ruchu dysfunkcja narządu słuchu
 osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- dysfunkcja narządu wzroku
- upośledzenie umysłowe choroba psychiczna padaczka
- schorzenie układu krążenia
- inne (jakie?)

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- Nie
- Tak – uzasadnienie
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** właściwe zaznaczyć.

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a rozporządzenia 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) (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej, L rok 2016 nr 119, poz. 1) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Częstochowie z siedzibą w Częstochowie przy ul. Jana III Sobieskiego 9 moich danych osobowych zawartych we wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dofinansowania uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.

.....
(podpis wnioskodawcy, przedstawiciela
ustawowego, opiekuna prawnego)

KLAUZULA INFORMACYJNA

Działając zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego 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 – dalej w skrócie zwane RODO, informujemy, iż:

Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Częstochowie z siedzibą w Częstochowie przy ul. Jana III Sobieskiego 9 tel. 34/3229206, fax. 34/3229207 . Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych wynika z art. 6 ust 1 pkt a) RODO (przetwarzanie danych osobowych jest zgodne z prawem jeżeli osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w jednym lub większej liczbie określonych celów), Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia rodzajów zadań Powiatu, ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Odbiorcy danych osobowych: upoważnieni pracownicy, podmioty przetwarzające na podstawie umowy powierzenia w związku z realizacją wniosku oraz organy uprawnione na podstawie obowiązujących przepisów prawa. Dane osobowe będą przechowywane przez okres wskazany w aktualnych przepisach archiwalnych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Częstochowie. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych osobowych podanych we wniosku oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy dotyczące ochrony danych osobowych. Kontakt z inspektorem ochrony danych pod adresem iod@pcprczwa.pl. Wyrażenie zgody przez Panią/Pana na przetwarzanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich nie podanie uniemożliwi przyznanie dofinansowania.