

KWESTIONARIUSZ - Wyspa Terapii
PROJEKT BEZPŁATNEGO WSPARCIA - TURNUS NEUROLOGOPEDYCZNY
Proszę przesłać na adres e-mail: karniejewpaula@gmail.com

Imię i nazwisko dziecka	
Data urodzenia oraz miejsce zamieszkania	
Imię i nazwisko rodzica/rodziców	
Numer telefonu rodzica/rodziców	
Adres e-mail	
Proszę zaznaczyć jeśli dziecko posiada:	
orzeczenie	
opinię	
Jeśli tak - z jakiego względu został wydany dokument?	
Choroby dziecka	
Przyjmowane leki	

Specjaliści pod których opieką jest dziecko (neurolog, ortopeda, fizjoterapeuta, ortodonta, nefrolog itp.)	
Placówka do której uczęszcza Państwa dziecko	
Otrzymywane formy wsparcia - proszę o wskazanie wsparcia cyklicznego (WWR, PPP, terapia prywatna itp.) oraz w jakim zakresie	
Ilość członków rodziny	
Rodzeństwo - imię oraz wiek	
Dochody na jednego członka rodziny w gospodarstwie domowym - zaznacz x	
0-1tys. zł	
1-2tys zł	
2-3tys. zł	
3tys zł i więcej	
Główne potrzeby dziecka	

Czy dziecko się komunikuje? Proszę opisać krótko rozwój mowy dziecka - czy komunikuje się werbalnie/alternatywnie, jakie słowa się pojawiają	
Z jakich form oraz metod terapii Państwo korzystali? Czy są metody, które nie dały efektu? Czy zauważyli Państwo znaczną poprawę w funkcjonowaniu dziecka po zastosowaniu danej terapii lub metody?	
Jaki jest główny cel udziału Państwa dziecka w naszym turnusie?	
Inne ważne informacje, które chcieliby Państwo przekazać	

Potwierdzam, iż wszystkie podane informacje w formularzu są zgodne z prawdą.

Podpis:

Wszelkie zebrane informacje w formularzu będą przetwarzane przez specjalistów zaangażowanych w projekt bezpłatnego wsparcia. Każdy dokument zostanie zweryfikowany. Rodzic pacjenta objętego naszym wsparciem zostanie poinformowany telefonicznie.

Projekt obejmuje cały 2025rok. Terminy są z góry ustalane przez osobę odpowiedzialną za projekt.

Zapoznałam/łem się z informacją.

Podpis:

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Oświadczenie

w sprawie wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych

Ja niżej popisaną/podpisany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, art. 9 ust.

2 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. Urz. UE L 119/1, z 4.5.2016, zwanego dalej „RODO” wyrażam zgodę na przetwarzanie następujących kategorii moich danych osobowych (imię, nazwisko, telefon, mail, adres, miejsce pracy, zajmowane stanowisko, pełnione funkcje, wybitne osiągnięcia naukowe, dziedzina i dyscyplina naukowa, tytuł lub stopień naukowy, tytuł zawodowy), w zakresie (wyboru członka zespołu doradczego przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, ul. Wspólna 1/3, 00-529 Warszawa.

Podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne.

Podane przeze mnie dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu wyboru

i powołania członka zespołu doradczego zgodnie z artykułem 341 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. poz. 1668).

Jest mi wiadomym, że posiadam prawo do:

1. żądania od wskazanego w niniejszym oświadczeniu administratora danych osobowych;
2. dostępu do moich danych osobowych;
3. sprostowania moich danych osobowych;
4. usunięcia moich danych osobowych, jeżeli zachodzi jedna z okoliczności wskazanych w art. 17 ust. 1 RODO i jeżeli przetwarzanie moich danych osobowych nie jest niezbędne w zakresie wskazanym w art. 17 ust. 3 RODO;
5. ograniczenia przetwarzania moich danych osobowych w przypadkach wskazanych w art. 18 ust. 1 RODO,
6. wniesienia do wskazanego w niniejszym oświadczeniu administratora danych osobowych sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych osobowych;
7. na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania, w zakresie, w jakim przetwarzanie jest związane z takim marketingiem bezpośrednim,
8. do celów badań naukowych lub historycznych lub do celów statystycznych na mocy art. 89 ust. 1 RODO, z przyczyn związanych z moją szczególną sytuacją, chyba że przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym.
9. przenoszenia moich danych osobowych,
10. wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku uznania, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO,
11. wycofania w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie moich danych osobowych.

Zapoznałam/em się z informacjami dotyczącymi przetwarzania moich danych osobowych zgodnie z art. 13 i 14 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: RODO), zamieszczonymi na stronie internetowej MNiSW w zakładce Komunikaty.

.....
Data, miejsce i podpis osoby wyrażającej zgodę

.....

Miejscowość, data

OŚWIADCZENIE
o wyrażeniu zgody na publikację wizerunku

Ja, niżej podpisany,

jako rodzic dziecka,

wyrażam zgodę na udostępnienie wizerunku dziecka, w postaci zdjęcia, filmu
w celu umieszczenia go na stronie internetowej oraz powiązanych stron
(np. instagram, facebook) gabinetu *Wyspa Terapii*.

Podpis rodzica

.....