

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_ roku

**Centrum Terapii i Wspomagania Rozwoju  
Dziecka „Światelko” Monika Witaszak  
z siedzibą w Obornikach**

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH  
(DOTYCZĄCYCH ZDROWIA)**

W związku z diagnozą / terapią mojego dziecka \_\_\_\_\_ (dalej: „Dziecko”) prowadzoną w Centrum Terapii i Wspomagania Rozwoju Dziecka „Światelko” Monika Witaszak z siedzibą w Obornikach (dalej: „Centrum”):

- 1) **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** na przetwarzanie przez Centrum danych osobowych mojego Dziecka dotyczących jego stanu zdrowia - na potrzeby diagnozy i terapii mojego Dziecka;
- 2) **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** na przekazywanie przez Centrum danych dotyczących zdrowia mojego Dziecka specjalistom, z którymi Centrum współpracuje w zakresie diagnozy i terapii - na potrzeby diagnozy i terapii mojego Dziecka;
- 3) **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** na udostępnianie przez Centrum danych dotyczących zdrowia mojego Dziecka stażystom oraz osobom odbywającym praktyki w Centrum – dla celów szkoleniowych.

\_\_\_\_\_  
data, imię i nazwisko, podpis

**UWAGA!**

*Decyzję co do wyrażenia zgody prosimy podejmować osobno w odniesieniu do każdej z powyższych kwestii. Decyzję tę należy wyrazić przez zaznaczenie wybranej opcji.*

*Wyrażenie zgody jest dobrowolne, jednak przeprowadzenie diagnozy / terapii Twojego Dziecka przez Centrum nie będzie możliwe bez udzielenia zgody na przetwarzanie danych dotyczących zdrowia Twojego Dziecka (pkt. 1) i bez zgody na ich udostępnienie specjalistom, z którymi współpracujemy w zakresie diagnozy i terapii (pkt. 2).*

*Wyrażoną zgodę można w każdym czasie odwołać kontaktując się nami pod adresem ul. Czarnkowska 84, 64-600 Oborniki lub emailem [terapiaswiatelko@gmail.com](mailto:terapiaswiatelko@gmail.com). Ewentualne odwołanie zgody w zakresie pkt. 1 lub 2 skutkować będzie zakończeniem diagnozy / terapii prowadzonej przez Centrum.*

*Szczegółowa informacja na temat przetwarzania danych osobowych przez Centrum zawarta jest na odwrocie.*