

.....
(miejsowość, data)

Oświadczenie zgody Pacjenta/Strony

PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisana/ y,
(imię i nazwisko wnioskodawcy oraz adres)

I. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Administratora moich danych osobowych/ danych mojej rodziny w celu korzystania z całodobowej opieki oraz świadczeń zdrowotnych zapewnianych przez Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Grybowie.

(czytelny podpis Pacjenta/strony)

II. Oświadczam, że dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Administratora moich **wrażliwych** danych osobowych / **szczególnych kategorii** umieszczonych w treści różnego rodzaju: opinii, orzeczeń, wywiadów środowiskowych, informacji z przychodni, szpitali i innych podmiotów bądź poradni specjalistycznych.

(czytelny podpis Pacjenta/strony)

III. Oświadczam, że zostałam/em pouczone/a/y przez Dyrektora ZOL pełniącego funkcję administratora danych osobowych:

- 1) iż pozyskane dane pozwolą w razie potrzeby na:
 - opracowanie pomocy psychologicznej, leczniczej, dietetycznej, rehabilitacyjnej, terapeutycznej i opiekuńczej oraz zdrowotnej ze względu na moje indywidualne potrzeby zdrowotno-bytowe w ZOL w zakresie:
 - wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze tj. Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy CARITAS w Grybowie,
 - wykonywania szczególnych praw przez Administratora,
 - ochrony żywotnych interesów mojej osoby jako pacjenta,
 - świadczenia na moją rzecz jako podopiecznego ZOL społecznie oczekiwanych usług dodatkowych
 - realizacji zadań wynikających z przepisów prawa, a w szczególności z Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- 2) Iż otrzymane dane będą udostępnione pracownikom tylko upoważnionym.

(czytelny podpis Pacjenta/strony)