



# SiSens

OŚWIADCZENIE RODZICÓW / OPIEKUNÓW

## Centrum Integracji Sensorycznej

Zgoda rodziców / opiekunów prawnych dziecka:

Ja niżej podpisany/a

Numer telefonu do kontaktu

---

---

PROSZĘ POSTAWIĆ ODPOWIEDNI ZNAK W KRATKACH

Wyrażam zgodę na diagnozę/terapię niepełnoletniego dziecka/podopiecznego

---

(imię i nazwisko)

Oświadczam, że nie są mi znane żadne przeciwwskazania zdrowotne uniemożliwiające mojemu dziecku/ podopiecznemu udział w diagnozie/terapii

Zapoznałem się i akceptuję Regulamin SiSens Centrum Integracji Sensorycznej Kinga Kietlińska z siedziba w 05-091 Ząbki, ul. Torfowa 28.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka/podopiecznego przez SiSens Centrum Integracji Sensorycznej Kinga Kietlińska z siedziba w 05-091 Ząbki, ul. Torfowa 28.

Wyrażam zgodę na w celu kontaktu pod podanym numerem telefonu w celu potwierdzenia bądź odwołania terminu czy możliwości odbioru diagnozy.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z poniższą klauzulą informacyjną:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych oraz danych osobowych Pana/Pani dziecka/podopiecznego jest Kinga Kietlińska prowadząca działalność gospodarczą pod firmą: SiSens Centrum Integracji Sensorycznej Kinga Kietlińska z siedzibą w 05-091 Ząbki, ul. Torfowa 28, tel.: 600 130 760; e-mail: [kontakt@sisens.pl](mailto:kontakt@sisens.pl);
2. Pana/Pani dane osobowe oraz dane osobowe Pana/Pani dziecka zawarte w formularzu będą przetwarzane w celu przeprowadzenia diagnozy/terapii.

3. Pana/Pani dane osobowe oraz dane osobowe Pana/Pani dziecka/podopiecznego będą przetwarzane na podstawie przepisów *Ustawy o zawodzie psychologa o samorządzie zawodowym psychologów z dnia 8 czerwca 2001 r. (Dz.U. Nr 73, poz. 763 z późn. zm.)* oraz *Kodeks etyczny terapeuty integracji sensorycznej (SI oraz standardy prowadzenia diagnozy i terapii integracji sensorycznej obowiązujące w Polskim Stowarzyszeniu Terapeutów Integracji Sensorycznej dotyczący wszystkich terapeutów kończących certyfikowane kursy II stopnia.*
4. Pana/Pani dane osobowe oraz dane osobowe Pana/Pani dziecka/podopiecznego będą udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym przez SiSens Centrum Integracji Sensorycznej Kinga Kietlińska z siedzibą w 05-091 Ząbki, ul. Torfowa 28, na podstawie obowiązujących przepisów prawa, przede wszystkim na potrzeby prowadzonej diagnozy/terapii tj.: pracownikom i współpracownikom, którzy muszą mieć dostęp do danych, aby rzetelnie wykonywać swoje obowiązki.
5. SiSens Centrum Integracji Sensorycznej Kinga Kietlińska z siedzibą w 05-091 Ząbki, ul. Torfowa 28, nie zamierza przekazywać Pana/Pani danych osobowych oraz danych osobowych Pana/Pani dziecka/podopiecznego do państwa trzeciego.
6. Pana/Pani dane osobowe oraz dane osobowe Pana/Pani dziecka/podopiecznego będą przechowywane przez czas przeprowadzenia diagnozy i czas trwania terapii, a następnie archiwizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
7. Przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do treści danych osobowych oraz danych osobowych Pana/Pani dziecka/podopiecznego oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
8. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania, wycofania zgody w dowolnym momencie na dalsze przetwarzanie swoich danych osobowych oraz danych osobowych Pana/Pani dziecka/podopiecznego. Skorzystanie z prawa cofnięcia nie ma wpływu na przetwarzanie, które miało miejsce do momentu wycofania zgody.
9. Przysługuje Panu/Pani prawo do przenoszenia swoich danych osobowych oraz danych osobowych Pana/Pani dziecka/podopiecznego.
10. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj.: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
11. Podanie prawidłowych Pana/Pani danych osobowych oraz danych osobowych Pana/Pani dziecka/podopiecznego jest warunkiem przystąpienia do diagnozy/terapii.

**\* RODO – Rozporządzenie 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.**

---

(miejscowość, data)

---

(czytelny podpis rodzica/ opiekuna)