

OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

Wyrażam zgodę na udział syna/córki (imię i nazwisko kandydata do programu), zwanego/zwanej dalej podopiecznym/podopieczną, w programie zdrowotnym *Profilaktyka zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży w wieku 16–17 lat*.

Oświadczam, że:

1. Zostałam poinformowana/Zostałem poinformowany, że program zdrowotny *Profilaktyka zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży w wieku 16–17 lat* jest realizowany przez Fundację PRAESTERNO na zlecenie i ze środków województwa lubelskiego, na terenie szkoły, do której uczęszcza mój podopieczny/podopieczna. Bliższe informacje o programie znajdują się w przekazanej ulotce, na stronie internetowej Fundacji Praesterno www.praesterno.pl, na stronie Kuratorium Oświaty w Lublinie www.kuratorium.lublin.pl/?akc=akt&op=szcz&id=5521&m=71&ms=184 oraz w biurze Fundacji w Lublinie przy ul. Organowej 4 .
2. Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie danych osobowych podopiecznego/ podopiecznej (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2002 r. nr 101 poz. 926, ze zmianami), w zakresie niezbędnym do realizacji programu.
3. Zostałam poinformowana/Zostałem poinformowany, iż podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości uczestnictwa podopiecznej/podopiecznego w programie.
4. Zostałam poinformowana/Zostałem poinformowany, iż dane osobowe podopiecznej/podopiecznego będą gromadzone i przetwarzane wyłącznie w celu realizacji programu i nie zostaną przekazane poza Fundację Praesterno.
5. Zostałam poinformowana/Zostałem poinformowany, iż administratorem danych osobowych uczestników programu jest Fundacja Praesterno z siedzibą w Warszawie przy ul. Widok 22/30 i że mam prawo do przeglądania treści danych podopiecznej/podopiecznego i ich poprawiania w siedzibie lubelskiego biura Fundacji przy ulicy Organowej 4.

.....
miejsowość i data

.....
telefon rodzica

.....
czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna

DEKLARACJA PODOPIECZNEGO/PODOPIECZNEJ

Ja, niżej podpisany/podpisana
zam. niniejszym wyrażam zgodę na udział w programie zdrowotnym *Profilaktyka zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży w wieku 16–17 lat*, realizowanym przez Fundację Praesterno na zlecenie i ze środków województwa lubelskiego, na terenie szkoły, do której uczęszczam.

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis podopiecznego/podopiecznej