

Formularz świadomej zgody na udział w badaniu

Imię i nazwisko dziecka

Imię i nazwisko opiekuna

Data urodzenia dziecka Tel. Kontaktowy

E-mail

Na podstawie Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady 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 (Dz. Urz. UE z 4.5.2016 L119):

1) **wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę/ zgodę / nie wyrażam zgody*)** na przetwarzanie moich danych osobowych wskazanych powyżej przez Firmę „Gabinet Psychologiczny Pomoc psychologiczna i psychoedukacja Izabela Grzankowska” w celu niezbędnym dla potrzeb konsultacji w ramach badań online realizowanych w oparciu o umowę z ORPEG z dnia 27 sierpnia 2020 r. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że: w każdej chwili mogę zażądać usunięcia moich danych osobowych z bazy Firmy „Gabinet Psychologiczny Pomoc psychologiczna i psychoedukacja Izabela Grzankowska”; mam prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz ich przenoszenia, poprzez wysłanie wiadomości na adres e-mail: izabela.grzankowska@gmail.com zawierającej stosowne żądanie; mam prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, wniesienia skargi do organu nadzorczego oraz cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Podanie danych jest warunkiem wykonania usługi w zakresie planowanej konsultacji a ich niepodanie uniemożliwi wykonanie usługi. Dane osobowe będą przechowywane przez okres 6 lat.

2) **wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę/nie wyrażam zgody*)** na otrzymywanie od Firmy „Gabinet Psychologiczny Pomoc psychologiczna i psychoedukacja Izabela Grzankowska” materiałów psychoedukacyjnych i innych informacji związanych z leczeniem przesyłanych **za pomocą poczty elektronicznej** na powyżej wskazany przeze mnie adres mailowy oraz **telefonicznie** na podany przeze mnie powyżej numer telefonu przez specjalistę prowadzącego konsultację z moim dzieckiem wskazanego przez Gabinet Psychologiczny Izabela Grzankowska. Przyjmuję do wiadomości, że w każdej chwili mogę wycofać wyrażoną zgodę. Cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

3) **wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę / nie wyrażam zgody*)** na przekazanie wyników badań w formie uniemożliwiającej identyfikację osoby badanej, czyli anonimowo i grupowo, do naukowej analizy. Dane analizowane przez pracownię, w których wykonane zostaną pomiary statystyczne dostępne będą jedynie w postaci anonimowej. W przypadku wycofania zgody na udział w badaniu zgromadzone do chwili rezygnacji dane mogą zostać wykorzystane i przetwarzane jako część bazy danych tego projektu. Administratorem danych będzie placówka, w której prowadzone jest badanie. Badany ma prawo wglądu do swoich danych i ich poprawiania oraz, są one podawane dobrowolnie.

4) **wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę / nie wyrażam zgody*)** na pośrednictwo placówki/szkoły polskiej, której uczniem jest moje dziecko w przekazywaniu poufnych dokumentów, w tym rekomendacji wynikających z przeprowadzonych konsultacji.

5) **wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę / nie wyrażam zgody*)** na konsultacje specjalistów badających moje dziecko między sobą w celu sformułowania trafnych i zintegrowanych wskazań do realizacji.

6) **wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę / nie wyrażam zgody*)** na konsultacje specjalistów badających moje dziecko z nauczycielem, który złożył rekomendację do konsultacji.

7) **wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę / nie wyrażam zgody*)** na zapewnienie warunków do przeprowadzenia konsultacji online przez specjalistę z moim dzieckiem z uwzględnieniem specyfiki wymagań i warunków koniecznych do konsultacji w dziedzinie: psychologii, logopedii, integracji sensorycznej.

Data oraz imię i nazwisko

*) niepotrzebne skreślić