

pieczęć placówki

**WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY***(prosimy wypełnić CZYTELNIEM W JĘZYKU POLSKIM)*

Imię i nazwisko .....

PESEL  albo numer dok. tożsamości  NR 

Adres zamieszkania\* .....

**Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu                   | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narząd słuchu |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe    |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku                  | <input type="checkbox"/> padaczka                 |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna                         | <input type="checkbox"/> inne (jakie?)            |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia                 |   |

**Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:**

- NIE
- TAK - **uzasadnienie**

**Uwagi:**

data

pieczęć i podpis lekarza

\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu;

**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA**

Ja niżej podpisany/a,

IMIĘ: \_\_\_\_\_ NAZWISKO: \_\_\_\_\_

DATA URODZENIA: □□ - □□ - □□□□

NUMER TELEFONU: \_\_\_\_\_

**Niniejszym zobowiązuję się do sprawowania ciągłej opieki w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego, nad:**

IMIĘ: \_\_\_\_\_ NAZWISKO: \_\_\_\_\_

w związku z jego/jej uczestniczeniem w turnusie rehabilitacyjnym i oświadczam, że:

- 1) nie będę pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,
- 2) nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu,
- 3) nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
- 4) zobowiązuję się ponieść koszty pobytu na turnusie rehabilitacyjnym w przypadku skrócenia mojego pobytu z przyczyn innych niż losowe,
- 5) ukończyłem 18 lat lub
- 6) ukończyłem 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

**Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (tekst jedn.: Dz.U. z 2019 r., poz. 1950, z późn. zm.) – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym.**

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie moich danych osobowych na zasadach określonych w Rozporządzeniu 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) w zbiorze danych osobowych prowadzonych przez:

**Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Mysłowicach.**

Celem przetwarzania danych jest realizowanie przez: **Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Mysłowicach** zadań z zakresu rehabilitacji społecznej w oparciu o Ustawę z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2020r. poz. 426 z późn. zm.) **na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą.**

Zostałem poinformowany/y o prawie dostępu do treści swoich danych oraz o prawie do ich sprostowania i zapomnienia.

_____ dnia __ / __ / 20__ r.	_____
miejscowość	CZYTELNY PODPIS OPIEKUNA

**OBOWIĄZEK INFORMACYJNY DOTYCZĄCY PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia 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 informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Mysłowicach mający siedzibę przy ul. Gwarków 24, 41-400 Mysłowice, reprezentowany przez Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mysłowicach (MOPS);
2. W MOPS w Mysłowicach wyznaczono inspektora ochrony danych osobowych - Panią Agnieszkę Kotwas, z którą można się kontaktować we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych pod adresem email: agnieszka.kotwas@mops-myslowice.pl;
3. Dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 pkt c oraz art. 9 ust. 2 pkt g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, w celu realizowania zadań z zakresu rehabilitacji społecznej w oparciu o Ustawę z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2020r. poz. 426 z późn. zm.) na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą;
4. Dane osobowe będą przekazywane następującym odbiorcom danych w rozumieniu art. 4 pkt 9 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych tj. podmiotom z którymi zostały podpisane umowy o przetwarzaniu danych osobowych;
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres zgodny z wykazem akt zawartym w instrukcji kancelaryjnej Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mysłowicach;
6. Każda osoba, której danymi dysponuje MOPS w Mysłowicach ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania;
7. Każda osoba, której danymi dysponuje MOPS w Mysłowicach ma prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
8. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku;
9. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie moich danych osobowych na zasadach określonych w Rozporządzeniu 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) w zbiorze danych osobowych prowadzonych przez: **Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Mysłowicach.**

Celem przetwarzania danych jest realizowanie przez: **Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Mysłowicach** zadań z zakresu rehabilitacji społecznej w oparciu o Ustawę z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 426 z późn. zm.) **na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą.**

Zostałem poinformowana/y o prawie dostępu do treści swoich danych oraz o prawie do ich sprostowania i zapomnienia.

_____ dnia __ / __ / 20__ r.	_____ CZYTELNY PODPIS OSOBY WYRAŻAJĄCEJ ZGODĘ
_____ miejscowość	

**PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY**

- PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY *DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY,*  
 OPIEKUN PRAWNY,  PEŁNOMOCNIK,  KURATOR

Imię i nazwisko .....

PESEL  albo numer dok. tożsamości  NR 

Adres zamieszkania\* .....

Dane dokumentu potwierdzającego prawo do występowania w imieniu wnioskodawcy:  
.....**ADRES KORESPONDENCYJNY - NALEŻY WPISAĆ, JEŚLI JEST INNY OD ADRESU ZAMIESZKANIA:** NIE DOTYCZY**DANE KONTAKTOWE**

TELEFON .....

E-MAIL .....

..... miejsowość	dnia __ / __ / 20__ r.
	CZYTELNY PODPIS