

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY*

1. Imię i nazwisko ubiegającego się o przyjęcie do Środowiskowego Domu Samopomocy:

.....

2. Szczegółowa informacja o występujących zaburzeniach psychicznych:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

data, miejscowość

podpis i pieczęć lekarza

****lub lekarza neurologa, w przypadku osób z lekkim upośledzeniem umysłowym, gdy jednocześnie występują inne zaburzenia, zwłaszcza neurologiczne.***

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

1. Imię i nazwisko ubiegającego się o przyjęcie do Środowiskowego Domu Samopomocy:

.....

2. Informacja o stanie zdrowia:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Informacja o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa w zajęciach Środowiskowego Domu Samopomocy funkcjonującego zgodnie z rozporządzeniem z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy:

.....

.....

.....

.....

.....

4. Informacja o sprawności fizycznej:

☐ Osoba sprawna fizycznie

☐ Osoba niepełnosprawna fizycznie:

- Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny (wymienić jaki):

.....

.....

.....

.....

data, miejscowość

podpis i pieczęć lekarza

KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) zwanym dalej RODO informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Zabłudowie przy ulicy Mickiewicza 5 oraz Środowiskowy Dom Samopomocy w Krynickich, wieś Krynickie 72/2, 16-060 Zabłudów.
2. z Inspektorem Ochrony Danych można się skontaktować drogą mailową – iod@zabludow.pl
3. Pana/i dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji złożonego wniosku – na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. B RODO
4. odbiorcami Pana/i danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych lub Podmioty uczestniczące w realizacji wniosku
5. Pana/i dane osobowe przechowywane będą przez okres 10 lat / lub w oparciu o uzasadniony interes realizowany przez administratora,
6. Posiada Pan/i prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania
7. ma Pan/i prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego
8. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych może skutkować odmową realizacji wniosku.

.....
/miejscowość/

.....
/podpis wnioskodawcy/

dnia.....

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/podpisana/.....

zamieszkały/zamieszkała/.....

.....

Oświadczam, że wyrażam zgodę na uczestnictwo w zajęciach oraz ponoszenie odpłatności za usługi świadczone w Środowiskowym Domu Samopomocy w Krynickich zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....

/podpis wnioskodawcy/