**Szanowni Państwo!**

Prosimy o wyrażenie zgody na udział Waszego dziecka w pilotażowym badaniu wad postawy oraz analizie składu ciała w celu dalszego prawidłowego rozwoju dziecka, które zostanie przeprowadzone w Szkole Podstawowej nr 8 przez wykwalifikowany personel fizjoterapeutów w obecności higienistki szkolnej/pedagoga. Badanie będzie przeprowadzone poprzez specjalistyczny sprzęt typu Moti-Physio. Urządzenie to nie wykorzystuje do badania promieniowania X i nie jest szkodliwe dla zdrowia dziecka. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowej postawy przedstawimy propozycję zająć na terenie placówki. W ramach przeprowadzonego badania otrzymacie Państwo wynik na podany przez Państwa adres e-mail. Dziecko może zostać zakwalifikowane do udziału w cotygodniowych zajęciach fizjoterapeutycznych na terenie placówki rehabilitacyjnej. Proszę o podanie niezbędnych danych osobowych Waszego dziecka. O terminie badania zostaniecie Państwo poinformowani.

**ZGODA RODZICA / OPIEKUNA NA UDZIAŁ DZIECKA W BADANIACH W KIERUNKU ROZPOZNANIA WAD POSTAWY ORAZ ANALIZIE SKŁADU CIAŁA W CELU DALSZEGO PRAWIDŁOWEGO ROZWOJU DZIECKA**

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\* na udział mojego dziecka w badaniach w kierunku rozpoznania wad postawy oraz analizie składu ciała organizowanych przez Fizjofix.pl Sp. z o.o. bez obecności rodzica/opiekuna prawnego.

.....................................................................................................................................................

(imię i nazwisko dziecka, data urodzenia)

Oświadczam, że jestem świadoma/-y, iż do przeprowadzenia badania niezbędne jest rozebranie się dziecka do bielizny.

Oświadczam, iż zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych w związku z realizacją przedmiotowego zadania.

\*Niepotrzebne skreślić

................................................................................

(data, podpis rodziców / opiekunów prawnych)

**Dane kontaktowe:**

Imię i nazwisko rodzica/ rodziców (opiekunów prawnych):

………………………………………………………………………………………………………………

Numer telefonu: ……………………………………………………………………………..

\*Adres e-mail: ……………………………………………………………………………………….

**Zgoda rodzica uczestniczki/ka badania na przetwarzanie danych osobowych**

 Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i danych osobowych mojego dziecka w związku
z prowadzonym badaniem pilotażowym w kierunku rozpoznania wad postawy oraz analizie składu ciała, zgodnie
z art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a RODO. Wiem, że przysługuje mi prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie przez wysłanie maila na adres fizjofix.pl@gmail.com Wycofanie zgody na przetwarzanie danych osobowych nie wpływa na zgodność z prawem jej przetwarzania, która dokonana została na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

…………………………………………………… …………………………………………………………………………………

 miejscowość, data (czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych)

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 i 14 ust. 1 i 2 Ogólnego Rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) przyjmujemy do wiadomości, że:

1. Administratorem danych osobowych jest **Fizjofix.pl Sp. z o.o.** z siedzibą w Rzeszowie przy ul. Stefana Starzyńskiego 5A (35-508 Rzeszów). Kontakt z Administratorem jest możliwy za pomocą adresu e-mail: fizjofix.pl@gmail.com lub telefonicznie pod numerem: +48 17 860 00 30.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można skontaktować się poprzez adres e-mail: iod@odomed.pl lub pisemnie kierując korespondencję na adres siedziby Administratora Danych Osobowych. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
3. Dane osobowe Państwa dziecka oraz Państwa dane przetwarzane są w celu objęcia Państwa dziecka opieką zdrowotną w ramach wykonywanego przez fizjoterapeutę świadczenia. Jako fizjoterapeuci jesteśmy zobligowani do prowadzenia dokumentacji medycznej, która zawiera informację dotyczące stanu zdrowia. Jest to niezbędne dla postawienia diagnozy i poprowadzenia w sposób właściwy procesu leczenia.
4. Dane osobowe przetwarzane są przez Administatora w oparciu o:
* art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a RODO zgodę na przetwarzanie danych osobowych, której wyrażenie jest niezbędne do przeprowadzenia badania Twojego dziecka,
* art. 6 ust. 1 lit. b i c oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. z art. 25 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta oraz § 10 ust. 1 pkt 2 Rozporządzenia MZ w ramach właściwej rejestracji i udzielania świadczeń zdrowotnych,
* art. 6 ust. 1 lit. c w zw. z art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. z art. 24 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta oraz Rozporządzenia MZ w ramach prowadzenia dokumentacji medycznej,
* art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, jakim jest kontakt w sprawie przypomnienia o wizycie, jej przełożeniu oraz informacji o wynikach prowadzonej konsultacji,
* art. 6 ust. 1 lit. b, c i f RODO oraz w zw. z ustawą z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości mamy prawo przetwarzać dane również w celu dochodzenia ewentualnych roszczeń z uwagi na prowadzoną działalność lub obrony przed nimi a także w celach podatkowych.
1. Podanie danych jest dobrowolne, lecz konsekwencją niepodania danych jest brak możliwości realizacji badania oraz udzielania samego świadczenia zdrowotnego. Administrator świadcząc usługi z zakresu fizjoterapeutycznego jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób określony przepisami prawa, w tym do oznaczenia tożsamości pacjenta z wykorzystaniem jego danych osobowych. Niepodanie numeru telefonu oraz adresu e-mail nie wpływa na udzielanie świadczenia zdrowotnego chociaż w wielu przypadkach usprawnia to w stopniu znaczącym komunikację i jakość świadczonych usług.
2. Odbiorcą danych mogą być podmioty z którymi współpracuje fizjoterapeuta (tj. inne podmioty medyczne), dostawcy zewnętrznych usług takich jak serwisowanie lub licencjonowanie oprogramowania przeznaczonego do prowadzenia elektronicznej wewnętrznej dokumentacji medycznej. Dane w zakresie stanu zdrowia i udzielonych pacjentowi świadczeń są udostępniane także w ramach raportowania wynikającego z przepisów ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia do Centrum e-Zdrowia z siedzibą w Warszawie przy ul. Stanisława Dubois 5a do platformy P1.
3. Dane osobowe będą przetwarzane przez administratora co najmniej przez okres 20 lat od dnia dokonania ostatniego wpisu w dokumentacji medycznej. Dodatkowo dane te mogą być przez nas przetwarzane w celu dochodzenia roszczeń przez okres wynikający z przepisów prawa cywilnego oraz z uwagi na względy podatkowe przez 5 lat liczonych od końca roku kalendarzowego, w którym powstał obowiązek podatkowy. Po upływie wyżej wymienionych okresów dane osobowe są usuwane lub poddawane anonimizacji.
4. Administrator zapewnia prawo do żądania dostępu do danych oraz do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, sprzeciwu wobec przetwarzania, usunięcia, cofnięcia wyrażonej zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonywaliśmy na podstawie zgody przed jej cofnięciem, a także prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdyby przetwarzanie danych naruszało wymienione prawa lub naruszało RODO.

…………………………………………………… …………………………………………………………………………………

 miejscowość, data (czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych)