

F1/POD

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość, data)

.....
(adres)

.....
(PESEL lub nazwa i numer innego dokumentu tożsamości)

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany oświadczam, że:

-posiadam tylko obywatelstwo polskie,*

-posiadam obywatelstwa następujących
państw,*

- oświadczam, że w ciągu ostatnich 20 lat **nie** zamieszkiwałam(-em) w państwach innych niż państwa
mojego obywatelstwa,*

- oświadczam, że w ciągu ostatnich 20 lat zamieszkiwałam(-em) w państwach innych niż państwa
mojego obywatelstwa.*

W przypadku zamieszkiwania podać nazwy państw, w których się zamieszkiwało:

.....
.....

Oświadczam, że przedkładałam informację z rejestrów karnych państw, w których zamieszkiwałam w
ciągu ostatnich 20 lat.

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

(czytelny podpis)

*Oświadczenie składane w związku z art. 21 ust. 3–6, 8 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu
zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1304, 1606.)*

** niepotrzebne skreślić*

F2/POD

.....

.....

.....

(imię i nazwisko)

(miejscowość, data)

.....

(adres)

.....

(PESEL lub nazwa i numer innego dokumentu tożsamości)

Oświadczenie

**dotyczące braku prowadzenia rejestru karnego i wydawania informacji z rejestru karnego
w państwach innych niż Rzeczpospolita Polska**

Oświadczam, że w niżej wymienionym państwie (państwach):

.....

.....

nie jest prowadzony rejestr karny/ nie wydaje się informacji z rejestru karnego*.

Jednocześnie oświadczam, że nie byłam/-em prawomocnie skazana/-ny w wyżej wymienionym państwie (państwach) za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

Jestem świadoma/-my odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

(czytelny podpis)

Oświadczenie składane w związku z art. 21 ust. 7–8 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1304, 1606.)

** niepotrzebne skreślić*

F3/POD

.....

.....

.....

(imię i nazwisko)

(miejscowość, data)

.....

(PESEL lub nazwa i numer innego dokumentu tożsamości)

Oświadczenie

dotyczące zapoznania się z Polityką Ochrony Dzieci w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym w Andrychowie

Oświadczam, że zapoznałam/-łem się z Polityką ochrony dzieci, obowiązującą w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym w Andrychowie i przyjmuję do stosowania treści w niej zawarte.

.....

(czytelny podpis)

OŚWIADCZENIE

O ZAPOZNANIU SIĘ Z ZASADAMI BEZPIECZNYCH RELACJI POMIĘDZY PERSONELEM, A PACJENTEM-DZIECKIEM

Przyjmuję do wiadomości i stosowania Zasady bezpiecznych relacji pomiędzy personelem, a Pacjentem-Dzieckiem. Zostałam/-lem poinformowana/-ny, iż nieprzestrzeganie tych zasad postępowania będzie skutkowało podjęciem odpowiednich działań.

Może to oznaczać odsunięcie od obowiązków służbowych na czas, gdy prowadzone jest dochodzenie i może skutkować postępowaniem dyscyplinarnym lub prawnym, zawieszeniem, zwolnieniem, zgłoszeniem do odpowiednich organów.

Oświadczam, iż nie istnieją żadne powody i przeciwwskazania do mojej pracy z dziećmi.

Imię, Nazwisko.....

Stanowisko

Data

Podpis

.....

.....

(imię i nazwisko rodziców/prawnych opiekunów)

ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU DZIECKA

(wraz z klauzulą)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na rejestrowanie wizerunku mojego dziecka i opublikowanie na stronie internetowej Szpitala podczas (podać nazwę, datę oraz miejsce zdarzenia) organizowanych przez Wojewódzki Szpital Psychiatryczny oraz wyrażam zgodę na wykorzystanie tego wizerunku poprzez umieszczenie zdjęć dokumentujących przebieg tych spotkań, na których może znaleźć się wizerunek mojego dziecka, na stronie internetowej Szpitala w celach informacyjnych i promocyjnych.

.....

(imię i nazwisko dziecka)

Oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-y o tym, że mam prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę (wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem).

.....

(data i podpisy rodziców lub prawnych opiekunów)

KLAUZULA INFORMACYJNA DLA PACJENTÓW UDOSTĘPNIANIE WIZERUNKU – NIELETNI PACJENT

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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) (zwanego dalej „RODO”) informuję, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Andrychowie ul. J. Dąbrowskiego 19 (zwany dalej WSP).
- 2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym w Andrychowie jest możliwy pod nr telefonu 33 875 24 46 wew.218 oraz pod adresem e-mail: mguzdek@szpital.info.pl.
- 3) Pani/Pana dane osobowe oraz dane osobowe Pani/Pana dziecka przetwarzane są w celu
.....
- 4) Przetwarzane dane obejmują imię i nazwisko rodzica oraz wizerunek dziecka.
- 5) Podstawę prawną przetwarzania danych stanowią:
 - a) zgoda przedstawiciela dziecka (art. 6 ust. 1 lit. a RODO),
 - b) wykonanie obowiązków prawnych administratora w zakresie imienia i nazwiska rodzica (art. 6 ust. 1 lit. c RODO).
- 6) Dane będą pozyskiwane od rodzica dziecka i dziecka.
- 7) Dane w postaci wizerunku dziecka będą udostępniane podmiotom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów, a także firmom współpracującym – operatorom stron internetowych.
- 8) Pana/Pani dane osobowe oraz dane dziecka przechowywane będą przez okres nie dłuższy niż 1 rok.
- 9) Pana/Pani dane oraz dane dziecka nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
- 10) Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez względu na zgodność z prawem przetwarzania, /jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody/, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- 11) Ma Pani/Pan Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych), gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.
- 12) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, brak ich podania uniemożliwia publikację na stronie internetowej i portalach społecznościowych Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Andrychowie.

Oświadczam, że zapoznałam się z treścią niniejszej klauzuli:

.....

(data i czytelny podpis)
