****

**Fundacja „Połączeni Pasją”**

**ODPŁATNA REHABILITACJA W WARUNKACH DOMOWYCH**

**KARTA ZGŁOSZENIA PACJENTA**ORAZ ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH SZCZEGÓLNYCH

**Imię i nazwisko pacjenta:** ……………………………………….…………………………………….….**Wiek:**………….

**Imię i nazwisko opiekuna:** ……………………………………….………………………………………………………….…

**Numer telefonu do kontaktu:** ……………………………………………………………………………………………….

**Adres mailowy do kontaktu:** ………………………………………………………………………………………………….

**Rodzaj schorzenia:** …………………………………………………………………………………………………………………

**Miejsce wykonywania rehabilitacji:** …………….………………………………………………………………………..

**Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:** Tak / Nie

 …………………………………………

DATA I PODPIS PACJENTA

**Uwaga**Wypełnioną kartę zgłoszenia wraz z oświadczeniem RODO prosimy przesłać na adres: fundacja@polaczenipasja.pl

Skontaktujemy się z Panią/Panem najpóźniej w ciągu trzech dni od dnia wpływu zgłoszenia.

**Planowany czas wykonywania rehabilitacji**: ……………………………………………………..……………………….

/Wypełnia rehabilitant/

**Szczególne informacje co do rehabilitacji**: ……………………..………………………………..………………………..

/Wypełnia rehabilitant/

………………………………………………………………………………………………………………………………..………………....

……………………………………………………………………………………………………………………………….…………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………..………………....…

……………………………………………………………………………………………………………………….………………..…………

………………………………………………………………………………………………………….…………………………………….….

Data wpływu zgłoszenia…………………………………………… Data kontaktu ……………...…………………………

……………………………….., dn. ………………………………..

Dane składającego oświadczenie:

………………………….…………………………………………………………….

(Numer PESEL, imię i nazwisko pacjenta)

………………………….………………………………………………………..….

(Numer PESEL, imię i nazwisko opiekuna)

**ZGODA**

**NA PRZETWARZANIE DANYCH SZCZEGÓLNYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych /mojego podopiecznego
w zakresie imienia, nazwiska, nr PESEL, adresu zamieszkania, nr telefonu, adresu email w tym także danych osobowych szczególnych, zawierających informacje o moim/ o jego stopniu niepełnosprawności, dacie ważności orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, rodzaju schorzenia - danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym o udzielenie pomocy w zakresie ochrony zdrowia przez Fundację „Połączeni Pasją” w celu udzielenia mi / mojemu podopiecznemu pomocy w ramach odpłatnej działalności statutowej Fundacji.

Udzielenie powyższej zgody jest dobrowolne. Poinformowano mnie o przysługującym
mi prawie do jej odwołania w każdym czasie oraz o prawie dostępu do treści danych oraz
ich poprawiania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.

………………………………………………..

 Czytelny podpis/data

UWAGA: Klauzula informacyjna dotycząca RODO dostępna jest na stronie [www.polaczenipasja.pl](http://www.polaczenipasja.pl) w zakładce RODO.