Chorzów , dnia …………………………..

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisany…………………………………………………..………………………..…. jako opiekun prawny

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………,

(imię i nazwisko dziecka)

będącego pod opieką Specjalistycznego Punktu Wczesnej Rewalidacji z siedzibą w Chorzowie przy ul. Świętego Piotra 9, działającego w ramach Regionalnej Fundacji Pomocy Niewidomym z siedzibą w Chorzowie oświadczam, że wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na gromadzenie, przetwarzanie oraz przekazywanie danych osobowych mojego syna/córki\*, a także wprowadzanie ich do Systemu Informacji Oświatowej SIO zgodnie z ustawą o systemie informacji oświatowej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz.U. z 2011r.,nr 139, poz. 814), a także innych systemów informatycznych, w zakresie związanym z prowadzoną rehabilitacją, zgodnie z Rozporządzeniem 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 – dalej: RODO), w tym do:

- wykorzystywania danych osobowych we wnioskach o dofinansowanie kierowanych do różnych instytucji w związku z prowadzoną rehabilitacją zgodnie z RODO;

- wykorzystywania danych osobowych przy rozliczaniu otrzymanych środków na działalność w zakresie związanym z prowadzoną rehabilitacja zgodnie z RODO;

- wykorzystywania danych osobowych w przypadku kontroli realizacji zadania w związku   
z uzyskanym dofinansowaniem na działalność w zakresie rehabilitacji zgodnie   
z RODO.

\*niepotrzebne skreślić

…………………………………………………

(data i podpis rodzica/opiekuna)