



**ZGODA RODZICA/OPIEKUNA NA BADANIE**  
**DO MODUŁU I**

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA.....  
PESEL.....  
DATA URODZENIA.....  
NAZWA SZKOŁY I KLASA.....  
NR TEL RODZICA/OPIEKUNA: .....  
E-mail : .....

Wyrażam / nie wyrażam\* zgody na przeprowadzenie badania dotyczącego wad postawy w dniu..... mojego dziecka przez mgr fizjoterapii celem zakwalifikowania do programu „*Jestem zdrowa/y - program leczenia chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci w powiecie sokołowskim*„ - Program współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi priorytetowej IX Wspieranie wyłączenia społecznego i walka z ubóstwem, Działania 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej, Poddziałanie 9.2.2 Zwiększenie dostępności Usług Zdrowotnych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

Proszę o zwrot zgody do dnia.....niedostarczenie w podanym terminie oznacza nie wyrażenie zgody.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji do celów związanych z wyżej wymienionym programem zgodnie z obowiązującym prawem.

1.administratorem danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokołowie Podlaskim, 08-300 Sokołów Podlaski, ul. ks. J. Bosko

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis rodzica/opiekuna

\* nie potrzebne skreślić