

## Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych dziecka NA POTRZEBY FUNDACJI „Na Pomoście Miłości”

Ja, niżej podpisana/y

\_\_\_\_\_

(imię i nazwisko matki/ojca),

legitymująca/y się numerem PESEL: \_\_\_\_\_,

oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundację Na Pomoście Miłości z siedzibą w Gdańsku (80-299), ul. Tezeusza 1/2, w zakresie niezbędnym do realizacji działań statutowych Fundacji, w tym działań pomocowych.

2. Jako przedstawiciel ustawowy mojego małoletniego syna/córki:

\_\_\_\_\_ (imię i nazwisko dziecka),

urodzonego/urodzonej dnia: \_\_\_\_\_,

o numerze PESEL: \_\_\_\_\_,

wyrażam zgodę na przetwarzanie jego/jej danych osobowych przez Fundację Na Pomoście Miłości w zakresie niezbędnym do udzielania pomocy, w tym w szczególności w następujących celach:

• Zakup lub realizacja świadczeń rzeczowych (np. żywność, odzież, środki higieniczne):

☐ Wyrażam zgodę   ☐ Nie wyrażam zgody

• Zakup leków refundowanych lub nierefundowanych:

☐ Wyrażam zgodę   ☐ Nie wyrażam zgody

• Zapisy na zajęcia dodatkowe / rekreacyjne / terapeutyczne:

☐ Wyrażam zgodę   ☐ Nie wyrażam zgody

• Uzyskanie dokumentacji medycznej lub edukacyjnej:

☐ Wyrażam zgodę   ☐ Nie wyrażam zgody

• Udział w wydarzeniach organizowanych przez Fundację:

☐ Wyrażam zgodę   ☐ Nie wyrażam zgody

Inne działania niezbędne do wsparcia dziecka w ramach działalności statutowej Fundacji:

☐ Wyrażam zgodę   ☐ Nie wyrażam zgody

3. Niniejszym upoważniam Fundację Na Pomoście Miłości do działania w imieniu mojego dziecka w zakresie wyżej wskazanym, w tym do wykupu leków refundowanych na podstawie recepty.

4. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o przysługujących mi prawach wynikających z RODO, w tym o prawie dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

---

Data i podpis: