

## OŚWIADCZENIE RODZICA

Ja niżej podpisany/a:.....

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Niniejszym oświadczam, że jestem matką / ojcem nieletniego:

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Lat.....

i posiadam pełną niczym nie ograniczoną władzę rodzicielską.

.....

.....

Data i miejscowość

Podpis rodzica

**KLAUZULA INFORMACYJNA DLA PACJENTA ORAZ OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O  
UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA O PRZETWARZANIU DANYCH  
OSOBOWYCH I PRAWACH Z TYM ZWIĄZANYCH**

Na podstawie art. 13 Rozporządzenia 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 (RODO), informujemy o przetwarzaniu danych oraz prawach związanych z przetwarzaniem tych danych:

**Administrator Danych:**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jako Pacjenta oraz danych osobowych osoby, którą Pani/Pan upoważnia do uzyskania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach, udostępnianiu dokumentacji medycznej oraz udostępnianiu recept, wyników badań lub zleceń jest Podkarpackie Centrum Medyczne w Rzeszowie SP ZOZ z siedzibą przy ul. Plac Dworcowy 2, 35-201 Rzeszów. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym można się kontaktować w sprawie dotyczącej przetwarzania danych osobowych- e-mail: [iod@pcmrzeszow.pl](mailto:iod@pcmrzeszow.pl).

**Podstawa i cel przetwarzania danych:**

Dane osobowe przetwarzane są w celu rozpatrzenia wniosku o udostępnienie przez PCM SP ZOZ w Rzeszowie dokumentacji medycznej, danych zawartych w dokumentacji medycznej, wydania dokumentów (recept, wyników badań) zawartych w dokumentacji medycznej Pacjenta.

Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO; w związku z obowiązującymi przepisami, w szczególności ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji lub profilowaniu.

**Przekazywanie danych:**

Dane mogą być udostępniane podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa lub na podstawie umowy powierzenia, w szczególności świadczącym usługi prawnicze, dostawcom systemów informatycznych i usług IT.

Administrator nie zamierza przekazywać danych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych.

**Czas przechowywania danych:**

Podane dane osobowe przechowywane będą przez okres nie dłuższy niż okres przechowywania dokumentacji medycznej, której dotyczy wniosek.

**Prawa związane z przetwarzaniem danych:**

Posiada Pani / Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania a także usunięcia lub ograniczenia przetwarzania w sytuacjach przewidzianych przepisami prawa, w tym RODO.

Podanie danych swoich oraz osoby upoważnianej jest dobrowolne, jednak ich nie podanie będzie skutkowało nie udostępnieniem dokumentacji medycznej.

Ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, przy czym cofnięcie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Ponadto posiada Pani/Pan również prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania w sytuacjach przewidzianych przepisami prawa, w tym RODO.

Posiada Pani / Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, iż przetwarzanie Pani / Pana danych osobowych narusza przepisy RODO.

.....

Data i miejscowość

.....

Podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego