**OŚWIADCZENIE**

**( JEŻELI UPOWAŻNIA PACJENT LUB PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY )**

Działając na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w związku z § 8 ust.1 Rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania:

□ **upoważniam niżej wymienioną osobę**

**□ nie upoważniam nikogo**

**do dostępu do:** informacji o moim stanie zdrowia, udzielonych świadczeniach zdrowotnych, uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej\*:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię (Imiona) pacjenta  |  |
| Nazwisko pacjenta: |  |
| PESEL |  |

wyłącznie w Powiatowym Centrum Matki i Dziecka w Piotrkowie Tryb. / w Powiatowym Centrum Matki i Dziecka w Piotrkowie Tryb. oraz w innych podmiotach wykonujących działalność leczniczą.\*

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

 *Data i czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego*

|  |  |
| --- | --- |
| Imię (Imiona) osoby upoważnionej:\*\*  |  |
| Nazwisko osoby upoważnionej:\*\* |  |
| Dodatkowe informacje pozwalające na ustalenie tożsamości osoby upoważnionej (opcjonalne ale zalecane: pesel, nr dowodu osobistego, telefon) |  |

Na podstawie art. 13 RODO Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej: RODO) informuję, że **wyrażam /nie wyrażam\* zgody** na przetwarzanie moich danych osobowych przez **Powiatowe Centrum Matki i Dziecka w Piotrkowie Tryb**.

Celem przetwarzania danych osobowych jest udzielanie zgody jako osoby upoważnionej do: informacji o stanie zdrowia pacjenta, udzielonych świadczeniach zdrowotnych, uzyskiwania dokumentacji medycznej.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że:

1. Administratorem tych danych w rozumieniu obowiązujących przepisów jest Powiatowe Centrum Matki i Dziecka w Piotrkowie Tryb., pod adresem ul. Roosevelta 3, 97-300 Piotrków Tryb.
2. Podanie danych jest dobrowolne i są one zgodne z prawdą.
3. Mam prawo dostępu do treści moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
4. Mam prawo wycofania zgody w dowolnym momencie.
5. Zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli Informacyjnej Ochrony Danych Osobowych, w tym
z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych.

……………………………………………………………………………..

 *Data i czytelny podpis osoby upoważnionej*

*\*niewłaściwe skreślić*

*\*\* W przypadku osoby niepełnoletniej lub osoby dorosłej, dla której ustanowiono opiekuna prawnego Oświadczenie w jej imieniu wypisuje i podpisuje osoba, będąca prawnym opiekunem.*