

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

- 1) administratorem danych osobowych klientów Centrum jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bolesławcu z siedzibą w Bolesławcu przy pl. Marsz. Józefa Piłsudskiego 2, kontakt mailowy pod adresem: centrum@pcpr.boleslawiec.pl reprezentowane przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Bolesławcu,
- 2) inspektorem ochrony danych jest Mariusz Oliwa, tel. 75 612 17 44 kontakt mailowy: m.oliwa@powiatboleslawiecki.pl
- 3) dane osobowe klientów Centrum przetwarzane będą w celu realizacji zadań ustawowych na podstawie: art. 6 ust. 1 lit. c. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
- 4) odbiorcą danych osobowych klientów Centrum będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
- 5) dane osobowe klientów Centrum nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej,
- 6) dane osobowe klientów Centrum będą przechowywane zgodnie z przepisami prawa przez okres podany w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych,
- 7) klienci Centrum mają prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
- 8) klienci Centrum mają prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uznają, iż przetwarzanie danych osobowych ich dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- 9) dane osobowe klientów Centrum nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

.....
Data i podpis

Adnotacja urzędnika

.....
Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

.....
Miejscowość i data

Oświadczenia kandydata do pełnienia funkcji rodziny zastępczej/prowadzenia rodzinnego domu dziecka związane z przystąpieniem do procedury kwalifikacyjnej, wyrażam zgodę na:

1. Objęcie mnie Procedurą Kwalifikacyjną obowiązująca do szkolenia dla kandydatów do pełnienia funkcji rodziny zastępczej/prowadzenia rodzinnego domu dziecka.
2. Wystąpienie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bolesławcu z zapytaniem o moją niekaralność do Krajowego Rejestru Karnego oraz o niefigurowanie w bazie danych Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym z dostępem ograniczonym.
3. Przeprowadzenie w miejscu zamieszkania analizy sytuacji osobistej, rodzinnej i majątkowej sprawdzającej m.in. warunki bytowe, mieszkaniowe, majątkowe, rodzinne oraz predyspozycje do pełnienia ww. funkcji.
4. Udział w badaniach pedagogicznych i psychologicznych niezbędnych do zakwalifikowania kandydata do pełnienia funkcji rodziny zastępczej/prowadzenie rodzinnego domu dziecka.

.....
Podpis osoby składającej oświadczenie

.....
Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

.....
Miejscowość i data

OŚWIADCZENIE

Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” **oświadczam, że:**

1. Nie byłam/em skazana/y prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo.
2. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
3. Nie mam zobowiązań alimentacyjnych/ wypełniam obowiązek alimentacyjny, wynikający z tytułu egzekucyjnego.
4. W stosunku do mnie nigdy nie było i aktualnie nie toczy się postępowanie sądowe w celu ograniczenia lub pozbawienia władzy rodzicielskiej. Nigdy nie byłam pozbawiona/y władzy rodzicielskiej. Władza rodzicielska nigdy nie była mi ograniczona ani zawieszona.
5. W przeszłości nie byłam/em leczona/y odwykowo i/lub nie zostałam/em zobowiązana/y do podjęcia takiego leczenia na podstawie orzeczenia sądu.

.....
Podpis osoby składającej oświadczenie

.....
(pieczęć Przychodni Rejonowej)

.....
(miejsowość, data)

Zaświadczenie

Zaświadcza się, że u Pani/a/..... zam.....
.....nie stwierdza się przeciwwskazań
zdrowotnych/stwierdza się przeciwwskazania zdrowotne/ do pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub
prowadzenia rodzinnego domu dziecka.
Zaświadczenie wydaje się celem przedłożenia w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie
w Bolesławcu.

.....
(pieczęć i podpis lekarza prowadzącego)

*Niepotrzebne skreślić

.....
(pieczęć Przychodni Rejonowej)

.....
(miejsowość, data)

Zaświadczenie

Zaświadcza się, że u Pani/a/..... zam.....
.....nie stwierdza się przeciwwskazań
zdrowotnych/stwierdza się przeciwwskazania zdrowotne/ do pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub
prowadzenia rodzinnego domu dziecka.
Zaświadczenie wydaje się celem przedłożenia w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie
w Bolesławcu.

.....
(pieczęć i podpis lekarza prowadzącego)

*Niepotrzebne skreślić

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
KANDYDATA DO PEŁNIENIA FUNKCJI RODZINY ZASTĘPCZEJ
LUB PROWADZENIA RODZINNEGO DOMU DZIECKA**

Imię i nazwisko kandydata:.....

Adres zamieszkania:.....

Numer Pesel:.....

Opis stanu psychicznego:.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Wnioski:

Na podstawie osobistego badania psychiatrycznego i oceny stanu psychicznego stwierdzam przeciwwskazania zdrowotne/brak przeciwwskazań zdrowotnych (niepotrzebne skreślić) do pełnienia przez Pana/Panią:

.....
funkcji rodziny zastępczej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis i pieczęć lekarza