



Częstochowa, dnia.....

Oświadczenie rodziców/ opiekunów prawnych kandydata na podopiecznego Fundacji AIDA w Częstochowie

Świadczeniobiorca zamieszkała/y w,
legitymująca/y się dowodem osobistym nr wydanym
przez PESEL
e-mail telefon komórkowy oświadcza, że:

- jest rodzicem/prawnym opiekunem*(imię i nazwisko Podopiecznego), PESEL, data urodzenia:..... oraz osobą uprawnioną zarządzania majątkiem małoletniego, w tym do pobierania świadczeń na jego rzecz.
- wszystkie informacje podane w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą.

Jednocześnie informuję, że podopieczny pozostaje pod stałą opieką Centrum Terapii Fundacji AIDA i będzie brał udział w odpłatnych i nieodpłatnych zajęciach zaproponowanych przez terapeutów i zatwierdzonych przez rodzica/ opiekuna prawnego. Formy terapii zaproponowane będą po wcześniejszych nieodpłatnych konsultacjach całościowego funkcjonowania dziecka. Z powodu schorzenia/choroby (opis jednostki chorobowej)

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody (zaznacz właściwe)

na nieodpłatne rozpowszechnianie i wykorzystanie przez Fundację AIDA wizerunku Podopiecznego, w całości i we fragmentach, przedstawionego na zdjęciach przekazanych Fundacji, a także danych osobowych Podopiecznego, obejmujących imię, nazwisko, nazwę schorzenia, datę urodzenia, poprzez ich publikację w całości lub we fragmentach na stronach internetowych Fundacji, dla celów informacyjnych działań Fundacji oraz realizacji niniejszego oświadczenia. Zostałem/łam poinformowany/a, że zgoda na wykorzystanie i rozpowszechnianie przez Fundację wizerunku oraz danych osobowych Podopiecznego może być w każdej chwili cofnięta.

