Brzeziny, dn. ………………………………………...

……………………………………………

Pieczątka zakładu opieki lekarskiej

**Zaświadczenie lekarza psychiatry lub neurologa**

**o występujących zaburzeniach psychicznych**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. Imię i nazwisko pacjenta/pesel

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..Adres zamieszkania

Rozpoznanie choroby:…………………………………………………………………………………………………………….

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

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

…………………………………..

Podpis i pieczęć lekarza

**Dz.U.2010.238 Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie Środowiskowych Domów Samopomocy.**

**Informacja dla osoby, której dane osoby są przetwarzane.**

1. Administrator: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Brzezinach, ul. św. Anny 57;   
    95-060 Brzeziny, tel. 46 874 12 95, email: [sekretariat@mops.brzeziny.pl](mailto:sekretariat@mops.brzeziny.pl),
2. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań administratora wynikających   
    z ustawy o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507 z późn. zm.),
3. Dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat liczonych od końca roku kalendarzowego, w którym podjęta zostanie ostatnia czynność w sprawie,
4. Osoba, której dane dotyczą ma prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo   
    do żądania sprostowania danych osobowych,
5. Osoba, której dane dotyczą ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
6. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym dla podjęcia czynności w sprawie przez administratora.

**Zapoznałem/am się z powyższą informacją i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.**

……………………………………………………….. …………………………………………………………. (miejscowość, data) (czytelny podpis)