



CENTRE FOR COUNSELLING & THERAPY  
CENTRUM KONSULTACYJNO TERAPEUTYCZNE

### **Consent form**

## **Zgoda na przetwarzanie danych osobowych na podstawie ustawy o Ochronie Danych Osobowych z 1988 roku z późniejszymi zmianami z 2003 roku**

Ja niżej podpisany/a ..... ur. ....

Adres .....

oświadczam, iż moje dane osobowe są dobrowolnie podane dla CKU - Centre For Counselling And Therapy, numer reg. 485287 CHY 19490 z siedzibą Coolmine TC House, 19 Lord Edward Street, Dublin 2.

Potwierdzam prawdziwość moich danych osobowych oraz wyrażam zgodę na ich administrowanie, przetwarzanie w celach statystycznych, dydaktycznych, terapeutycznych, przekazywanie w celu i zakresie niezbędnym, aby zapewnić profesjonalną pomoc i wsparcie podczas (i po) terapii. W razie konieczności wyrażam zgodę na przekazywanie informacji o moim leczeniu, moich danych osobowych pomiędzy:

- personelem CKU
- organami administracji państwowej, sądownictwem oraz policją
- inną organizacją społeczną – komunalną
- wykwalifikowanym personelem zaangażowanym w terapię
- lekarzem, szpitalem oraz służbą medyczną
- członkami rodziny oraz innymi osobami wskazanymi przeze mnie

Jednocześnie oświadczam, że zostałam poinformowany/a, iż mam prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich poprawiania, prawo sprzeciwu wobec ich przetwarzania w wyżej opisanym celu oraz przekazywania danych innym podmiotom, a także prawo zażądania zaprzestania przetwarzania moich danych osobowych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na podejmowanie czynności mających na celu weryfikację prawdziwości przekazanych przeze mnie dokumentów i informacji w nich zawartych.

.....  
Imię Nazwisko (czytelnie)

.....  
Data

.....  
Podpis Klienta

.....  
Imię Nazwisko

.....  
Data

.....  
Podpis Pracownika CKU