Miejscowość ,data…….

ZGODA KLIENTA

Ja, …….(imię i nazwisko klienta), zamieszkały/a …… (adres klienta)

wyrażam zgodę na:

- objęcie mnie wsparciem środowiskowym w ramach Lokalnego Zespołu Wsparcia Zdrowia Psychicznego (LZWZP) działającego na terenie ……..(nazwa miejscowości)

- przetwarzanie moich danych osobowych przez członków LZWZP w zakresie niezbędnym do świadczenia wsparcia.

- przekazywania moich danych osobowych podmiotom współpracującym z LZWZP wyłącznie w związku z procedurą realizacji wsparcia.

Oświadczam, iż zostałem/-am pouczony/-a o:

1. możliwości rezygnacji z wsparcia środowiskowego na każdym etapie;

2. prawie żądania zmiany, poprawienia jak i usunięcia moich danych osobowych w każdym czasie.

…….

Podpis klienta lub osoby upoważnionej