…………………………………………….……….

 Imię i nazwisko

…………………………………………………….

 Adres zamieszkania

…………………………………………………….

**OŚWIADCZENIE**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych; dalej RODO), oraz ustawy z dnia 2 marca 2020r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych w celu przeciwdziałania COVID-19 informuję, że

**Na czas ogłoszonego stanu epidemii wyrażam zgodę na udzielenie mi pomocy psychologiczno-pedagogicznej przez specjalistów Specjalistycznej Poradni Rodzinnej w Katowicach drogą telefoniczną/mailową/\*.**

Katowice, ……………………….

 Podpis klienta

\*Właściwe podkreślić