

Załącznik nr 2

do umowy Nr ...../dd/2017

z dnia .....2017 roku

**INFORMACJA DLA RODZICA/OPIEKUNA DZIECKA**

**„Program zapobiegania zaburzeniom depresyjnym dla dzieci i młodzieży”\***

Imię i nazwisko dziecka:..... PESEL: .....

Wnioski z przeprowadzonego badania:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Zalecany sposób dalszego postępowania, o którym został poinformowany rodzic/opiekun dziecka:

1. Wskazanie do udziału w zajęciach warsztatowych
2. Brak wskazań do udziału w zajęciach warsztatowych
3. Dalsza diagnostyka i/lub objęcie leczeniem specjalistycznym

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

.....

data badania

.....

podpis os. przeprowadzającej badanie

***\*Program zapobiegania zaburzeniom depresyjnym dla dzieci i młodzieży w wieku szkolnym finansowany jest ze środków Samorządu Województwa Łódzkiego.***

**Uwaga:**

- Administratorem danych jest Marszałek Województwa Łódzkiego z siedzibą w Łodzi 90-051, al. Piłsudskiego 8.
- Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji programu polityki zdrowotnej.
- Istnieje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.
- Podanie danych jest dobrowolne.

