

Załącznik nr 8

do umowy Nr/dd/2017

z dnia2017 roku

OŚWIDCZENIE RODZICA/OPIEKUNA DZIECKA

„Program zapobiegania zaburzeniom depresyjnym dla dzieci i młodzieży”*

Imię i nazwisko dziecka:..... PESEL

Oświadczam, iż moje dziecko jest mieszkańcem województwa łódzkiego.

.....

data

.....

czytelny podpis rodzica/opiekuna

****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.

