

WZiPS.8030.4.23.2024

Toruń, 29.05.2024 r.

Dyrektorzy Szkół Podstawowych,
Dyrektorzy Przedszkoli
prowadzonych przez
Gminę Miasta Toruń

Szanowni Państwo!

W nawiązaniu do pisma sygn. WZiPS.8030.4.20.2024 z dnia 14 maja br., przesłanego do Państwa drogą elektroniczną w dniu 16 maja, zwracam się do Państwa z prośbą o udostępnienie w dzienniku elektronicznym oraz na stronie internetowej szkoły/przedszkola informacji o programach polityki zdrowotnej realizowanych przez Gminę Miasta Toruń, wraz z formularzami, które znajdują się w załączeniu. Poniżej zamieszczam informację do wykorzystania:

„Szanowni Rodzice!

Gmina Miasta Toruń, wzorem lat ubiegłych, realizuje Programy Polityki Zdrowotnej, adresowane do mieszkańców Torunia. Zgodnie z rozstrzygniętymi przez Prezydenta Miasta Torunia otwartymi konkursami ofert, w 2024 roku wyłoniono następujących realizatorów programów:

- 1. Program polityki zdrowotnej wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci w wieku 5 lat zamieszkałych na terenie Miasta Torunia pn. „Toruń ma oko na dzieciaki”- realizator Cogito Sebastian Łażniak,*
- 2. Program profilaktyki próchnicy i urazów zębów mlecznych i stałych skierowanego do dzieci i młodzieży, ich rodziców i opiekunów oraz pracowników oświaty pn. „Toruń olśniewa uśmiechem” – realizator ARTMEDICA Sp z o.o.,*
- 3. Programu profilaktyki i leczenia wad postawy mieszkańców Torunia pt. „Postawa to podstawa” – moduł I i II – realizator Centrum Medyczne Medicor S.C. M. Kaspercak - Zabrocka, P. Kordas*

W załączeniu znajdują się szczegółowe informacje dotyczące realizacji programów (załącznik nr 1), a także formularze zgłoszeniowe do programów „Postawa to podstawa”-moduł I i II (załączniki 2 i 3) oraz „Toruń ma oko na dzieciaki” (załącznik nr 4). Uzupełnione formularze dot. programu „Postawa to podstawa” najlepiej przesłać pocztą elektroniczną na adres kontakt@medicor-torun.pl, natomiast formularze dot. programu „Toruń ma oko na dzieciaki” proponujemy dostarczać do wychowawców grup przedszkolnych- pomoże to usprawnić przeprowadzanie badań dzieci. Chęć udziału w programie „Toruń olśniewa uśmiechem” należy zgłosić telefonicznie u realizatora programu pod numerem telefonu 519 630 78. Zachęcamy do wzięcia udziału w proponowanych programach.”

Bardzo dziękuję Państwu za przychylność i dotychczasową współpracę z tut. Wydziałem w ramach edukacji zdrowotnej mieszkańców Torunia. Dzięki Państwa pomocy więcej mieszkańców Torunia, w tym także Państwa uczniów/przedszkolaków, będzie miało możliwość skorzystania z bezpłatnej profilaktyki.

Z poważaniem

DYREKTOR
Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej

Małgorzata Skibicka

Realizacja programów polityki zdrowotnej na terenie miasta Torunia w 2024 r.

Zgodnie z rozstrzygniętymi przez Prezydenta Miasta Torunia otwartymi konkursami ofert, w 2024 roku realizowane będą następujące programy polityki zdrowotnej skierowane do mieszkańców Torunia:

Program polityki zdrowotnej wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci w wieku 5 lat zamieszkałych na terenie Miasta Torunia pn. „Toruń ma oko na dzieciaki”	
Realizator programu	Cogito Sebastian Łażniak, ul. Karłowicza 4, 62-800 Kalisz.
Miejsce realizacji programu	OLK MED., ul. Plac 18 stycznia 4, 87-100 Toruń INREMED, ul. Bawarczyków 9/82, 87-100 Toruń
Cel programu	Zwiększenie dostępu do porad lekarskich i badań specjalistycznych wśród dzieci pięcioletnich przed rozpoczęciem nauki w szkole.
Populacja docelowa	1. <u>Beneficjenci:</u> – 1000 dzieci urodzonych w 2019 roku, wśród których zostaną przeprowadzone świadczenia zdrowotne, – 1000 rodziców/opiekunów prawnych ww. dzieci, wśród których zostanie przeprowadzona edukacja bezpośrednia dot. wad wzroku, higieny oczu i dbałości o wzrok oraz profilaktyki chorób oczu. 2. <u>Zasady kwalifikacji do Programu:</u> – dzieci, u których, do czasu udziału w Programie, nie została wykryta wada wzroku, – dzieci mieszkają na terenie Torunia, – rodzice/opiekunowie prawni wyrazili pisemną zgodę na udział w nim dziecka. Ze względu na ograniczoną liczbę miejsc o udziale w Programie decydować będzie kolejność zgłoszeń.
Zakres działań	W ramach programu każde dziecko będzie mogło skorzystać z konsultacji okulistycznej oraz niżej wymienionych badań diagnostycznych: – badanie ostrości wzroku do dali (tablice podświetlane optotypów) i bliży (tablice Snellena), – badania ruchomości gałek ocznych (kontrola ustawienia oczu - potwierdzenie lub wykluczenie obecności zez), – badania dna oka oraz refrakcji (w celu wykrycia ewentualnych schorzeń oczu), – badania wady refrakcji refraktometrem po porażeniu akomodacji w celu wykrycia ewentualnej wady wzroku. W ramach programu prowadzone będą również wykłady informacyjno-edukacyjne w tematyce wad wzroku, higieny oczu i dbałości o wzrok oraz profilaktyki chorób oczu. Uczestnik zakończy udział w programie po badaniu diagnostycznym oraz wydaniu diagnozy dot. narządu wzroku. W przypadku wystąpienia wady wzroku rodzic zostanie poinformowany o możliwości dalszego leczenia finansowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Ponadto realizator przeprowadzi wśród uczestników programu ankiety wstępne oraz końcowe.
Infolinia	tel. 800 808 006 infolinia czynna od poniedziałku do piątku w godz. 8:00-16:00
Koszt realizacji programu	Całkowity koszt realizacji Programu wynosi 160 000,00 zł, z czego kwota w wysokości 64 000,00 zł zostanie pokryta ze środków pozyskanych z NFZ, a 96 000,00 zł zostanie pokryte ze środków GMT.

**Program profilaktyki próchnicy i urazów zębów mlecznych i stałych skierowany do dzieci i młodzieży, ich rodziców i opiekunów oraz pracowników oświaty
pt. „Toruń olśniewa uśmiechem”**

Realizator programu	ARTMEDICA SP Z O.O. ul. Szosa Chelmińska 166, 87-100 Toruń
Miejsce realizacji programu	ARTMEDICA SP Z O.O. ul. Szosa Chelmińska 166, 87-100 Toruń oraz Szkoły Podstawowe prowadzone przez Gminę Miasta Toruń
Cel programu	Poprawa stanu zdrowia jamy ustnej, zwiększenie świadomości prozdrowotnej dotyczącej nawyków higienicznych i żywieniowych dzieci i młodzieży uczęszczających do szkół podstawowych i liceów (grupy wiekowe 11, do 14 r.ż. i 17 lat) na terenie Gminy Miasta Toruń oraz nabycie umiejętności udzielania I pomocy w przypadku urazów zębów mlecznych i stałych wśród dzieci, rodziców, opiekunów, nauczycieli i pielęgniarek szkolnych.
Populacja docelowa	1. <u>Beneficjenci:</u> – 1100 dzieci i młodzieży w wieku od 11 do 14 r.ż. i 17 latnie, uczęszczające do szkół podstawowych i liceów, wśród których zostaną przeprowadzone świadczenia zdrowotne, – Rodzice/opiekunowie prawni, pracownicy oświaty, pielęgniarki szkolne, wśród których zostaną przeprowadzone warsztaty oraz wykłady edukacyjne. 2. <u>Zasady kwalifikacji do Programu:</u> – Dzieci i młodzież w wieku 11 do 14 r.ż. i 17- latkowie uczący się w toruńskich szkołach, – dzieci i młodzież są mieszkańcami Torunia, – dzieci i młodzież nie miały wykonanego zabiegu lakowania zębów szóstych przed ukończeniem 7 roku życia w ramach NFZ, – dzieci i młodzież nie posiadają ubytków próchnicowych w zębach pierwszych trzonowych oraz zębach przedtrzonowych i kwalifikują się do założenia wypełnienia na jednej wizycie, – rodzice/opiekunowie prawni wyrazili pisemną zgodę na udział dziecka w programie. Ze względu na ograniczoną liczbę miejsc o udziale w Programie decydować będzie kolejność zgłoszeń.
Zakres działań	W ramach realizacji programu polityki zdrowotnej świadczeniodawca wykona na rzecz dzieci i młodzieży w wieku 11 do 14 r.ż. i 17 lat 4 130 świadczenia zdrowotne, w tym: – kontrolne badanie lekarskie (1 raz względem dziecka), ocena poziomu higieny, stanu przyzębia i zgryzu -1100 świadczeń, – usunięcie zębów nazębnych z ½ łuku zębowego- wśród dzieci, u których świadczenie nie było wykonane w bieżącym roku- 280 świadczeń, – całkowite opracowanie i odbudowa ubytku zęba na 1 powierzchni, 2 powierzchniach, całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku na 2 lub 3 powierzchniach – 450 świadczeń, – zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym –zabezpieczenie bruzd drugich trzonowców stałych u dzieci do ukończenia 14 r.ż. - 2 300 świadczeń, – wykłady edukacyjne w tematyce choroby próchnicowej, prawidłowych nawyków żywieniowych oraz informacyjnej związanej z dostępem do świadczeń w ramach NFZ – 4 wykłady, – zajęcia warsztatowe dla dzieci i młodzieży dotyczące zasad utrzymania prawidłowej higieny jamy ustnej oraz stosowania profilaktyki fluorkowej, wpływu diety na stan jamy ustnej i próchnicy zębów – 4 zajęcia, – wykłady edukacyjne z zakresu postępowania w przypadku urazów jamy ustnej i zębów wraz z przeprowadzeniem ankiety - 2 wykłady.
Infolinia	tel. 519 630 782 infolinia czynna od poniedziałku do piątku w godz. 9:00-18:00
Koszt realizacji programu	Całkowity koszt realizacji Programu wynosi 193 150,00 zł, z czego 77 260,00 zł zostanie pokryte ze środków pozyskanych z NFZ, a 115 890,00 zł zostanie pokryte ze środków GMT.

**Program profilaktyki i leczenia wad postawy mieszkańców Torunia pt. „Postawa to podstawa” –
moduł I i II**

Realizator programu	Centrum Medyczne Medicor S.C. M. Kasperczyk - Zabrocka, P. Kordas ul. Olsztyńska 18b w Toruniu.
Miejsce realizacji programu	ul. Olsztyńska 18b w Toruniu; ul. Broniewskiego 19/1 w Toruniu; Modułu I – realizacja świadczeń na terenie szkół
Cel programu	Program profilaktyki i leczenia wad postawy mieszkańców Torunia pn. „Postawa to podstawa” skierowany jest do dzieci klas I-III z wadami postawy, ich rodziców i opiekunów oraz pracowników oświaty (moduł I), a także osób dorosłych (aktywnych zawodowo) cierpiących na schorzenia kręgosłupa (moduł II). Celami głównymi Programu są zmniejszenie występowania wad postawy u dzieci poprzez kształtowanie prawidłowej postawy ciała oraz wczesne wykrywanie, diagnozowanie i korygowanie wad postawy, a także wyrobienie u dzieci nawyku prawidłowej postawy ciała oraz zmniejszenie u dorosłych dolegliwości bólowych wraz z poprawą samopoczucia.
Populacja docelowa	1. <u>Beneficjenci:</u> – Moduł I świadczeniami obejmuje 1000 dzieci klas I-III szkół podstawowych, mieszkańców Torunia, – Moduł II świadczeniami obejmuje 120 mieszkańców Torunia, aktywnych zawodowo, cierpiących na schorzenia kręgosłupa (poświadczone przez lekarza POZ lub posiadających skierowanie na zabieg ujęty w programie), – Edukacją zostanie objętych ok. 1120 osób- ok. 1000 rodziców dzieci oraz 120 osób dorosłych biorących udział w Programie. 2. <u>Zasady kwalifikacji do Programu – Moduł I:</u> – dzieci klas I-III szkół podstawowych uczący się w toruńskich szkołach, – dzieci i młodzież są mieszkańcami Torunia, – rodzice/opiekunowie prawni wyrazili pisemną zgodę na udział dziecka w programie. 3. <u>Zasady kwalifikacji do Programu – Moduł II:</u> – dorośli są mieszkańcami Torunia, – uczestnik posiada oświadczenie, że jest aktywna/aktywny zawodowo, – uczestnik posiada zaświadczenie wydane przez lekarza POZ poświadczające schorzenie kręgosłupa lub skierowanie wydane przez lekarza POZ na dany zabieg. Ze względu na ograniczoną liczbę miejsc o udziale w Programie decydować będzie kolejność zgłoszeń.
Zakres działań	W ramach realizacji programu polityki zdrowotnej świadczeniodawca nw. świadczenia zdrowotne, w tym: 1. Moduł I - (świadczenia na rzecz uczniów klas I-III): - badania przesiewowe względem jednego dziecka – 1000 badań, - zajęcia korekcyjne grupowe – 100 zajęć, - kinesiology taping – 100 świadczeń, - badania kontrolne – 100 świadczeń Zajęcia w formie grupowych ćwiczeń korekcyjnych dla uczniów prowadzone będą na terenie szkoły do której uczęszczają dzieci lub na terenie placówki, która jest realizatorem programu bądź w innym użyczonym do tego celu pomieszczeniu. Zajęcia w roku szkolnym odbywać się będą co najmniej 1 raz w tygodniu po 45 minut w grupach 10 – 12 osobowych (seria 10 spotkań). Zapewni to indywidualizację ćwiczeń i zwiększy ich efektywność. Rodzice zapraszani na zajęcia będą mogli obserwować sposób wykonywania poszczególnych ćwiczeń, dodatkowo będą mieli możliwość wspólnie z terapeutą prowadzić i kontrolować ćwiczenia swojego dziecka, ponadto rehabilitant prowadzący zajęcia omówi z rodzicami wyniki badań, uświadomi zagrożenia i konsekwencje rozpoznanych wad. Po zakończeniu całego cyklu zajęć dziecko zostanie poddane badaniu kontrolnemu. W uzasadnionych przypadkach rodzice dziecka otrzymają informację o konieczności poszerzonej diagnostyki w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Wśród dzieci korzystających z zajęć korekcyjnych zostanie przeprowadzona anonimowa ankieta wiedzy. 2. Moduł II (świadczenia na rzecz osób dorosłych): - indywidualna porada rehabilitacyjna – 120 świadczeń, - laseroterapia – 600 świadczeń,

	c. ultradźwięki – 600 świadczeń, d. lampa sollux – 600 świadczeń, e. elektroterapia – 550 świadczeń, f. ćwiczenia na odciążeniu – 500 świadczeń, g. metoda PNF – 350 świadczeń, h. masaż odcinkowy kręgosłupa – 500 świadczeń, i. masaż leczniczy kręgosłupa – 80 świadczeń, j. masaż całego ciała – 90 świadczeń, k. kinesiologia taping – 70 świadczeń, W ramach modułu II każdy uczestnik skorzysta z indywidualnej porady rehabilitacyjnej, podczas której rehabilitant zdecyduje o zakresie i rodzaju świadczeń niezbędnych do poprawy sytuacji zdrowotnej. Dla każdego uczestnika przewiduje się wykonanie dwóch cykli świadczeń. Uczestnik otrzyma także wskazówki dotyczące dalszego postępowania by zminimalizować dolegliwości wynikające ze schorzenia.
Infolinia	tel. 505 292 250 lub 56 645 41 65 infolinia czynna od poniedziałku do piątku w godz. 8:00-16:00
Koszt realizacji programu	Całkowity koszt realizacji Programu wynosi 197 850,00 zł, z czego 76 340,00 zł zostanie pokryte ze środków pozyskanych z NFZ, a 121 510,00 zł zostanie pokryte ze środków GMT.

Sporządziła: *Monika Ząbik* – podinspektor Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej UMT

DYREKTOR
 Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej
14/05/2024
Małgorzata Skibicka



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY I ZGODA RODZICA
na udział w I module programu „Postawa to podstawa”

Program skierowany jest do uczniów klas I-III toruńskich szkół podstawowych mieszkających na terenie TORUNIA. Fizjoterapeuta w trakcie badania dokładnie oceni postawę dziecka i na tej podstawie zakwalifikuje je na zajęcia korekcyjne lub skieruje do poradni wad postawy. Badania będą przeprowadzane na terenie szkoły, do której uczęszcza dziecko w okresie do listopada 2024r.

Aby wziąć udział w programie należy uzupełnić poniższe dane, znakiem „X” wyrazić zgody, a następnie podpisany formularz dostarczyć do wychowawcy klasy, lub wysłać na adres e-mail: kontakt@medicor-torun.pl.

Dodatkowe informacje pod numerem 505 292 250. Program jest finansowany przez Gminę Miasta Toruń, uczestnik nie ponosi żadnych kosztów.

Imię i nazwisko dziecka.....

Adres zamieszkania.....

Szkoła Klasa.....

Data urodzenia dziecka _ _ _ _ _

Nr telefonu rodzica do kontaktu _ _ _ _ _

Adres e-mail.....

Zgoda na udział dziecka w badaniu:

- * ☐ Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w bezpłatnym programie „Postawa to podstawa”, finansowanym przez Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Miasta Torunia obejmującym:
- badanie fizjoterapeutyczne
 - indywidualne ćwiczenia korekcyjne i/lub kinesiotalping.

Zgoda RODO:

- * ☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka / podopiecznego dla potrzeb niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych oraz otrzymywania informacji o świadczonych usługach medycznych (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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). Administratorem Pana/Pani danych jest Centrum Medyczne Medicor S.C. z siedzibą w Toruniu, ul. Olsztyńska 18b, 87-100 Toruń. W sprawach związanych z ochroną danych osobowych można kontaktować się z inspektorem ochrony danych pisemnie za pośrednictwem poczty elektronicznej pod adresem e-mail: kontakt@medicor-torun.pl, poczty tradycyjnej pod adresem ww. siedziby administratora danych lub telefonicznie pod numerem 566454165.

.....
 (podpis rodzica)



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
udziału w II module programu pn. „Postawa to podstawa”

*Program skierowany jest do osób cierpiących na schorzenia kręgosłupa. Każdy uczestnik programu będzie mógł skorzystać z **bezpłatnych** zabiegów fizjoterapeutycznych.*

Program jest finansowany przez Gminę Miasta Toruń, uczestnik nie ponosi żadnych kosztów.

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

PESEL _ _ _ _ _

Nr telefonu do kontaktu _ _ _ _ _

Adres e-mail _ _ _ _ _

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania wstawiając znak X w odpowiednią rubrykę.

Dane dotyczące stanu zdrowia:

WYSTĘPUJĄCE CHOROBY	TAK	NIE
Choroby nowotworowe		
Zespołenia metalowe w ciele		
Urządzenia elektroniczne wspomagające funkcje ciała		
Choroby zakaźne		
Leki lub suplementy diety. Jakież? -->		
Choroby serca lub naczyń		
Choroby płuc		
Choroby układu pokarmowego		
Choroby układu moczowo-płciowego		

* ☐ Oświadczam, że jestem aktywna/aktywny zawodowo

* ☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum Medyczne Medicor S.C. dla potrzeb niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych oraz otrzymywania informacji o świadczonych usługach medycznych (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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)

Zaznacz poniższą zgodę, jeśli chcesz otrzymywać informacje o nadchodzących programach lub ofertach:

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum Medyczne Medicor S.C. w celach marketingowych, poprzez przesyłanie informacji handlowych za pomocą poczty elektronicznej lub wiadomości SMS, na podany adres e-mail lub numer telefonu. Informujemy, że Państwa zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie przez wysłanie wiadomości e-mail na adres naszej firmy spod adresu, którego zgoda dotyczy.

Do formularza należy dołączyć pisemne zaświadczenie od lekarza (np. podstawowej opieki zdrowotnej) o braku przeciwwskazań do udziału w programie.

.....
(podpis osoby deklarującej udział w programie)

Wypełnia realizator

- ☐ Okazano dokument poświadczający schorzenia kręgosłupa
- ☐ Pacjent zakwalifikowany do programu
- ☐ Pacjent nie kwalifikuje się do grupy wsparcia z powodu.....

(podpis realizatora)

KARTA UDZIAŁU W PROGRAMIE
"Toruń ma oko na dzieciaki"**DANE OSOBOWE**

Imię i nazwisko:

Miejsce zamieszkania:

Numer telefonu:

PESEL:

(lub numer dokumentu tożsamości w przypadku osób nieposiadających nr PESEL)

Data urodzenia:

ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE

Wyrażam zgodę na udział w programie "Toruń ma oko na dzieciaki"

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Administratora – Cogito Sebastian Łażniak z siedzibą przy ul. Chopina 20, 62-800 Kalisz - moich danych osobowych zawartych w formularzu w celu realizacji zadania pn. "Toruń ma oko na dzieciaki".
Przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Wyznaczono inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować poprzez e-mail iod@cogitozdrowie.pl lub pisemnie na adres: Chopina 20, 62- 800 Kalisz.
2. Dane po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny do zrealizowania przepisów dotyczących archiwizowania danych obowiązujących u Administratora.
3. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych może zostać cofnięta w dowolnym momencie.
4. Osoby, których dane dotyczą, mają prawo do:
 - dostępu do swoich danych osobowych,
 - żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe,
 - żądania usunięcia danych, gdy: dane nie są niezbędne do celów, dla których zostały zebrane po cofnięciu zgody na przetwarzanie danych, przetwarzane dane są niezgodnie z prawem,
 - żądania ograniczenia przetwarzania, gdy: osoby te kwestionują prawidłowość danych, przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoby te sprzeciwiają się usunięciu danych, Administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobom, których dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
5. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
6. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji zadania pn. "Toruń ma oko na dzieciaki".
7. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu.
8. Odbiorcą danych jest firma Cogito Sebastian Łażniak z siedzibą w Kaliszu.

miasto i data

podpis rodzica/opiekuna prawnego uczestnika Programu

POTWIERDZENIE REZYGNACJI Z UDZIAŁU W PROGRAMIE W TRAKCIE JEGO TRWANIA

Przyczyna rezygnacji	Data i podpis

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW

WYKAZ PRACOWNIKÓW