

## ZAŁĄCZNIK NR 1

### **Oświadczenie pracownika o zapoznaniu się ze Standardami Ochrony Małoletnich**

Ja niżej podpisana/y ..... oświadczam, iż zapoznałam/em się z treścią Standardów Ochrony Małoletnich przyjętych w placówce, które w pełni zrozumiałam/em. Akceptuję oraz zobowiązuję się do ich przestrzegania w szczególności do raportowania informacji na temat zdarzeń i działań niezgodnych z ich treścią.

.....  
(podpis składającego oświadczenie)

Administratorem danych osobowych jest NZOZ „VISUS-KAL” Centrum Okulistyczne.  
Kontakt do Inspektora Danych Osobowych: 62 502-50-55

Dane osobowe Pana/Pani dotyczące przetwarzania, będą w celu zapewnienia stosowania Standardów Ochrony Małoletnich w związku z obowiązkiem prawnym ciążącym na administratorze danych osobowych przez okres zatrudnienia oraz czas archiwizacji dokumentacji.

Ma Pan/ Pani prawo do:

- żądania od ADO dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących,
- żądania od ADO sprostowania danych osobowych Pani/ Pana dotyczących,
- żądania od ADO usunięcia danych osobowych Pani/Pana dotyczących,
- żądania od ADO ograniczenia przetwarzania danych osobowych Pani/ Pana dotyczących,
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych Pani/ Pana dotyczących,
- żądania od ADO, przeniesienia danych osobowych Pani/Pana dotyczących,
- cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez konsekwencji dla przetwarzania, którego dokonano przed jej cofnięciem, jeśli dane zbierane są na podstawie zgody,

Zakres każdego z tych praw oraz sytuacje, z których można z nich skorzystać wynikają z przepisów Rozporządzenia. Z praw tych, może Pani/Pan skorzystać składając wniosek u Administratora danych osobowych. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO. Pani/Pana dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu. Pani/Pana dane nie są przekazywane poza EOG.

## **ZAŁĄCZNIK NR.2**

### **INFORMACJE DOTYCZĄCE UZYSKANIA BEZPŁATNEJ POMOCY PRZEZ DZIECKO**

Telefon zaufania dla Dzieci i Młodzieży czynny 24 godziny na dobę, przez 7 dni w tygodniu. Połączenie jest bezpłatne. Pamiętaj że masz prawo szukać wsparcia dla siebie. Jeśli tego potrzebujesz zadzwoń pod numer telefonu 116 111. Więcej informacji możesz także uzyskać wchodząc na stronę : [www.116.111.pl](http://www.116.111.pl)

Dziecięcy Telefon Zaufania Rzecznika Praw Dziecka – to bezpłatna i anonimowa infolinia czynna całą dobę, 7 dni w tygodniu pod numerem telefonu 800 12 12 12 . Jest to miejsce, w którym zarówno każde dziecko jak i ich rodzice czy opiekunowie mogą w każdej chwili uzyskać profesjonalne wsparcie psychologiczne czy prawne w każdej sytuacji. Możesz też napisać do ekspertów na czacie, który znajdziesz na stronie Rzecznika: [www.brpd.gov.pl](http://www.brpd.gov.pl)

#### **W jakich sytuacjach można zadzwonić i uzyskać pomoc?**

- W sytuacji w której czujesz się dyskryminowany,
- Kiedy doświadczasz przemocy lub jesteś jej świadkiem,
- Gdy czujesz się samotny, smutny czy przestraszony,
- Masz problemy w szkole lub w domu,
- Chcesz porozmawiać o kontaktach z rodzicami i rodzeństwem,
- Doświadczasz przemocy, dyskryminacji lub napaści,
- Masz problemy z kolegami lub koleżankami,
- Martwisz się o swoje zdrowie i bezpieczeństwo,
- Potrzebujesz porady lub wsparcia w trudnej sytuacji,
- Chcesz porozmawiać o przyjaźni, miłości, emocjach, dojrzewaniu.

#### **Możesz porozmawiać o wszystkim, a konsultanci:**

- Wysłuchają cię uważnie i bez osądzenia,
- Udziela ci wsparcia emocjonalnego,
- Pomogą ci zrozumieć twoje problemy,
- Przekazą ci informację o dostępnych formach pomocy,
- W razie potrzeby skierują cię do odpowiednich instytucji:

### **ZESPÓŁ INTERDYSCYPLINARNY**

62-800 Kalisz, ul. Obywatelska 4

tel.: 62 757-45-10, wew. 2900

e-mail: [mops.dik@mops-kalisz.pl](mailto:mops.dik@mops-kalisz.pl)

**ZAŁĄCZNIK NR 3**

**Anonimowa Ankieta Monitorująca Standardy Ochrony Małoletnich  
 w NZOZ „VISUS-KAL” Centrum Okulistyczne**

Lp	Pytanie	TAK	NIE
1	Czy znasz Standardy Ochrony Małoletnich obowiązujące w podmiocie, w którym pracujesz?		
2	Czy zapoznałeś się z treścią dokumentu Standardu Ochrony Małoletnich?		
3	Czy potrafisz rozpoznawać symptomy krzywdzenia małoletnich pacjentów?		
4	Czy wiesz jak reagować na symptomy krzywdzenia małoletnich pacjentów?		
5	Czy znasz procedurę zgłaszania zdarzeń zagrażających małoletnim pacjentom?		
6	<p>Czy zdarzyło ci się zaobserwować w okresie 24 m-cy naruszenie Standardów Ochrony Małoletnich przez inną osobę z grona Personelu podmiotu?</p> <p>Jeśli TAK, to jakie zasady zostały naruszone oraz czy informowałeś o tym kierownika podmiotu, lub bezpośrednio przełożonego?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
7	Czy zgłaszałeś uwagi do obecnych		

	zapisów Standardów Ochrony Małoletnich?		
8	<p>Czy uważasz że Standardy Ochrony Małoletnich obowiązujące w podmiocie wymagają zmian/uzupełnienia/aktualizacji?</p> <p>Jeśli TAK, to jakie zmiany/uzupełnienia/aktualizacje powinny mieć miejsce?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
9	<p>Inne uwagi dotyczące tematu funkcjonowania Standardów Ochrony Małoletnich w podmiocie:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		

.....  
**(podpis administratora)**

**ZAŁĄCZNIK NR.4**

**KARTA INTERWENCJI**

1. Imię i Nazwisko małoletniego pacjenta .....
2. Przyczyna interwencji:  
.....  
.....  
.....  
.....
3. Osoba zawiadamiająca o podejrzeniu krzywdzenia:  
Imię :.....  
Nazwisko: .....  
Stanowisko lub pokrewieństwo: .....
4. Opis podjętych działań:  
Data i miejsce: .....  
Opis podjętych działań:  
.....  
.....  
.....
5. Forma podjętych interwencji (zaznaczyć odpowiednią odp.)
  1. Zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa :      TAK    NIE
  2. Wniosek o wgląd w sytuację małoletniego/rodziny: TAK    NIE
  3. Inny rodzaj interwencji (jaki?):  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....
6. Dane dotyczące interwencji:
  1. Data interwencji: .....
  2. Nazwa organu do którego zgłoszono interwencję:  
.....  
.....  
.....

7. Wynik interwencji – działania organów wymiaru sprawiedliwości lub inne działania podjęte przez rodziców:

1. Data i organ podejmujący interwencję:

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

2. Opis działania :

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

8. Uwagi i podsumowanie:

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

.....

(podpis administratora)