**FUNDACJA „EB POLSKA”**

**21-100 Lubartów,**

**ul. Piaskowa 45**

**www.ebpolska.pl**

Deklaracja podopiecznego Fundacji EB Polska

1. Informacje o podopiecznym.

1. Imię i nazwisko podopiecznego ……………………………………………………….

2. Data urodzenia………………………………………………………………………………………………………………

3. PESEL…………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Rodzice/Opiekunowie prawni\* ( zaznaczyć właściwe)

4. Imię i nazwisko Matki/opiekuna prawnego……………………………………………………………………

5. Imię i nazwisko Ojca/opiekuna prawnego……………………………………………………………………..

1. Adres zameldowania

6. Miasto/miejscowość/ulica/……………………………………………………………………………………………

7. Numer mieszkania/lokalu/ domu…………………………………………………………………………………..

8. Kod pocztowy, miejscowość…………………………………………………………………………………………..

9. Województwo………………………………………………………………………………………………………………..

10. telefon, e-mail………………………………………………………………………………………………………………

1. Adres do korespondencji ( wypełnić tylko jeśli jest inny niż adres zameldowania )

11. Miasto/ulica/wieś………………………………………………………………………………………………………..

12. Numer mieszkania/lokalu/ domu…………………………………………………………………………………

13. Kod pocztowy, miejscowość………………………………………………………………………………………..

 14. Województwo…………………………………………………………………………………………………………….

15. telefon\*\*, e-mail…………………………………………………………………………………………………………

1. Informacja o typie i podtypie epidermolysis bullosa (EB)

16. typ EB………………………………………………………………………………………………………………………..

17. podtyp EB………………………………………………………………………………………………………………….

18. Czy były wykonywane badania genetyczne w kierunku określenia typu EB, mutacji ( zaznaczyć właściwe): TAK / NIE

19. Jeśli TAK, prosimy o podanie nazwy ośrodka, w którym były wykonywane badania genetyczne:………………………………………………………………………………………………………………………..

UWAGA: nie podanie powyższych informacji, nie OZNACZA BRAKU MOŻLIWSCI POZOSTANIA PODOPIECZNYM Fundacji EB Polska.

F. Oświadczenie podopiecznego/opiekuna prawnego podopiecznego Oświadczam, iż wszelkie dane podane w formularzu dotyczące mnie, jako podopiecznego/dotyczące podopiecznego, którego jestem opiekunem prawnym, są zgodne z prawdą.

 ……………………………………………………..

data, czytelny podpis podopiecznego/opiekuna prawnego

**Oświadczenie o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych**

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego zawartych w niniejszej deklaracji zgłoszeniowej dla potrzeb niezbędnych do rejestracji podopiecznego w Fundacji EB Polska zgodnie z ustawą z dnia 29.sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn.zm. )

Data, miejscowość Czytelny podpis podopiecznego/opiekuna prawnego

……………………………………. ..…………………………………………………………………………………