**ZGODA OPIEKUNA NA ZABIEG PIERCINGU lub TATUOWANIA**

**Imię i nazwisko prawnego opiekuna** ...............................................................................................

**Data urodzenia** ...................................................................................................................................

**Adres zamieszkania** ...........................................................................................................................

**Tel**. ...................................................

Wyrażam zgodę na :

* PIERCING
* TATUOWANIE

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

*wpisać część ciała*

Oświadczam, że jestem osobą pełnoletnią oraz opiekunem niepełnoletniej(-go) :

……………………………………………………………………………………………..

imię i nazwisko nieletniej(-go)

i zgadzam się na wykonanie w/w zabiegu w Studiu „KOLKA” w warunkach pełnej sterylności, przy użyciu jednorazowych środków higieny, wysterylizowanych narzędzi i kolczyków.

Potwierdzam, że zaznajomiłem(-łam) się i zrozumiałem(-łam) tekst dołączonej instrukcji. Zobowiązuję się postępować zgodnie z zawartymi we wspomnianej instrukcji wskazówkami dotyczącymi pielęgnacji nowo przekłutych/wytatuowanych miejsc. Rozumiem, że zaniechanie prawidłowego postępowania może prowadzić do podrażnień lub infekcji i w razie ich wystąpienia zrzekam się wszelkich prawnych i finansowych roszczeń w stosunku do właściciela Studia Tatuażu „KOLKA” p. Marka Sobczaka.

Podpisany dokument jest prawnie ważny i stanowi podstawę dla wyrażenia zgody na piercing/tatuaż. Z powyższą treścią zapoznałem(-łam) się, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

…………………………………………………………..

Data i czytelny podpis

Administratorem danych osobowych jest KOLKA Marek Sobczak (ul.3 Maja 2, 98-100 Łask). Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie Art.9 ust.1 lit. a) RODO wyłącznie w celu prawidłowego i bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu oraz przed ewentualnymi roszczeniami. Dane mogą być udostępnione jedynie podmiotom uprawnionym do ich uzyskania na podstawie powszechnie obowiązującego prawa. Podanie wymaganych danych jest dobrowolne. Dane będą przechowywane do momentu wycofania zgody, bądź przedawnienia ewentualnych roszczeń z umowy o dzieło (przeprowadzenie zabiegu). Informuję, iż przysługują Panu/Pani prawa do dostępu danych, sprostowania danych, usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu, żądania przeniesienia danych, a także do wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

**ZAŁĄCZNIK DO ZGODY NA ZABIEG**

**Imię i nazwisko niepełnoletniej(-go) …………………………………………………………….**

**Data urodzenia …………………………………………………………………………………….**

**TAK / NIE**

**1.**Czy nieletni(-a) chorował(-a) na **W**irusowe **Z**apalenie **W**ątroby? Jeżeli tak,

to gdzie i kiedy doszło do zakażenia?

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

**2.**Czy ktoś z najbliższej rodziny nieletniej(-go) chorował na WZW lub jest nosicielem

antygenu Hbs?

**3.**Czy nieletni(-a) był(-a) szczepiona na WZW?

**4.**Czy nieletni(-a) był(-a) hospitalizowany(-na) w okresie ostatnich 6-ciu

miesięcy? Jeżeli tak, to kiedy i gdzie?

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

**5.**Czy w ostatnim półroczu nieletni(-a) miał(-a) wykonywane zabiegi stomatologiczne,

chirurgiczne lub kosmetyczne? Jeżeli tak, to kiedy i gdzie?

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

……………………………………………………………………………………....

**6.**Czy w ostatnim półroczu nieletni(-a) miał(-a) wykonywaną iniekcję pobierania krwi?

Jeżeli tak, to kiedy i gdzie?

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

**7.**Czy nieletni(-a) choruje na:

cukrzycę

choroby serca

hemofilię

epilepsję

AIDS

bielactwo, grzybicę lub łuszczycę

**8.**Czy nieletni(-a) jest nosicielem HIV?

**9.**Czy nieletni(-a) jest alergikiem/uczuleniowcem? Jeżeli tak, to na co?

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

**10.**Czy nieletni(-a) przyjmuje stale jakieś leki? Jeżeli tak, to jakie i na co?

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

**11**.Czy nieletnia jest w ciąży lub karmi piersią?

……………………………………………………………………………………….

**12.** Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody\* na publikowanie zdjęć w internecie wykonanych w trakcie lub po zabiegu w Studiu KOLKA.

**13.** Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dotyczących stanu zdrowia przez Studio KOLKA Marek Sobczak w celu prawidłowego i bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu. Niniejsza zgoda może być wycofana w każdym momencie, a jej wycofanie nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano przed jej cofnięciem.

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

*data i czytelny podpis podpis*

\*- niepotrzebne skreślić