

Załącznik nr 1

Oświadczenie o przeszłych państwach zamieszkania kandydata/kandydatki

.....
Imię i nazwisko

.....
Miejscowość

.....
PESEL

.....
Adres korespondencyjny

OŚWIADCZENIE

☐ Oświadczam, że w ciągu ostatnich 20 lat zamieszkiwałem/am w następujących państwach innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo mojego obywatelstwa:

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

☐ Oświadczam, że w ciągu ostatnich 20 lat **nie** zamieszkiwałem/am w państwach innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo mojego obywatelstwa.

Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(data, czytelny podpis)

* W kratce przy wybranej odpowiedzi należy postawić X.

Załącznik nr 2

Weryfikacja danych z Rejestru Sprawców Przepływów na tle Seksualnym

Jak korzystać z Rejestru z dostępem ograniczonym?

Rejestr Sprawców Przepływów na Tle Seksualnym składa się z Rejestru publicznego i Rejestru z dostępem ograniczonym. Dostęp do Rejestru publicznego jest nieograniczony. Wystarczy przejść na: rps.ms.gov.pl.

Aby uzyskać informację z Rejestru z dostępem ograniczonym należy:

1. Zarejestrować konto na stronie Rejestru z dostępem ograniczonym: rps.ms.gov.pl poprzez:

a) wybranie odpowiedniego dla użytkownika konta;

konto użytkownika instytucjonalnego,

b) wypełnienie odpowiedniego formularza rejestracyjnego.

Utworzenie konta a następnie przesłanie pisemnego zgłoszenia utworzenia Konta użytkownika instytucjonalnego warunkuje późniejszą aktywację Konta użytkownika instytucjonalnego.

Konto użytkownika instytucjonalnego aktywowane jest po przesłaniu formularza oraz po nadesłaniu pisemnego zgłoszenia do Ministerstwa Sprawiedliwości.

Jak dokonać weryfikacji:

Po dokonaniu aktywacji dostępu do konta Administrator wprowadza dane dotyczące:

a) osoby fizycznej uprawnionej do uzyskania informacji lub

b) osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu niebędącego osobą fizyczną

- które zostaną zawarte w zgłoszeniu utworzenia Konta użytkownika instytucjonalnego, przesłanym w formie papierowej.

Osoby ww. otrzymują, na adres poczty elektronicznej wskazany przez Administratora, link aktywacyjny, za pośrednictwem, którego ustanawiają hasło służące do uwierzytelniania się na Koncie użytkownika instytucjonalnego oraz potwierdzają zapoznanie się z niniejszym dokumentem. Aktywacji należy dokonać w ciągu 5 dni od przesłania linku aktywacyjnego. Po bezskutecznym upływie tego terminu, uzyskanie dostępu do Konta użytkownika instytucjonalnego wymaga powtórzenia opisanych wyżej czynności.

Dopiero wówczas można wygenerować zapytanie do Rejestru

W celu uzyskania informacji z Rejestru za pośrednictwem Konta użytkownika instytucjonalnego należy:

- a) podać identyfikator użytkownika oraz hasło,
- b) wypełnić pytanie do Systemu,
- c) opatrzyć pytanie do Systemu podpisem elektronicznym/ kwalifikowanym podpisem elektronicznym w standardzie XAdES-BES/ podpisem zaufanym.

Uzyskanie informacji z Rejestru za pośrednictwem Konta użytkownika instytucjonalnego jest możliwe tylko i wyłącznie:

- jeżeli dane osób (imię, nazwisko, względnie PESEL) podpisujących pytanie do Systemu RSPTS są zgodne z danymi zawartymi w ich podpisach zaufanych lub w kwalifikowanych podpisach elektronicznych lub podpisach osobistych,
- jeżeli pytanie jest zaopatrzone w liczbę podpisów zgodną ze sposobem reprezentacji danego podmiotu.

Za udzielenie informacji z Rejestru nie pobiera się opłaty.

Załącznik nr 3

Oświadczenie kandydata o niekaralności

Oświadczenie

Ja,,nr PESEL

oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych, korzystam z praw publicznych, nie byłam(-em) skazana(-y) za przestępstwo przeciwko wolności seksualnej i obyczajności, i przestępstwa z użyciem przemocy na szkodę małoletniego oraz nie toczy się przeciwko mnie żadne postępowanie karne ani dyscyplinarne w tym zakresie. Nie zostałam (-em) skazana(-y) prawomocnym wyrokiem za przestępstwa umyślne.

Jestem świadoma(-y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

(data/podpis)

Załącznik nr 4

KARTA PRZEBIEGU INTERWENCJI

Data interwencji

.....

Imię i nazwisko dziecka:

.....

.....

Przyczyna interwencji:

.....

.....

.....

Osoba zawiadamiająca (imię i nazwisko, stanowisko):

.....

.....

Opis podjętych działań

.....

.....

.....

Podpis osoby podejmującej interwencję

.....

Forma podjętych działań:

- zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa
- wniosek do sądu rodzinnego o wgląd w sytuację dziecka/rodziny
- powiadomienie Policji
- inny rodzaj interwencji, jaki:

Podpis kierownika

.....

Załącznik nr 5

Kierownikiem jednostki odpowiedzialny za kwestie związane z ochroną małoletnich i realizacją zasad określonych w SOM jest Dyrektor Zarządzający.

Załącznik nr 6

Procedura zgłaszania podejrzenia krzywdzenia małoletniego

- 1/.** W sytuacji zaobserwowania lub pozyskania informacji o krzywdzeniu nieletniego należy bez zwłoki w zależności od okoliczności zapewnić mu bezpieczeństwo.
- 2/.** Jeżeli w Twojej obecności doszło do naruszenia nietykalności cielesnej małoletniego przez kogokolwiek i ma to cechy ataku lub niedozwolonych form fizycznej lub słownego karcenia zareaguj i stań w obronie nieletniego.
- 3/.** Udziel pomocy nieletniemu i odseparuj go od napastnika.
- 4/.** W razie potrzeby poproś o pomoc inne osoby.
- 5/.** Zawiadom kierownika jednostki
- 6/.** Postępuj zgodnie z poleceniami kierownika jednostki lub osoby przez niego wyznaczonej.

Załącznik nr 8

Zgoda marketingowa

Czy zgadzasz się na przetwarzanie danych osobowych Twojego dziecka zamieszczonych w niniejszym formularzu przez, poprzez publikację na wszelkich nośnikach elektronicznych lub tradycyjnych, bez ograniczeń czasowych, nieodpłatnie, w celach marketingowych swojego wizerunku w zakresie opisanym poniżej?

Niniejsza zgoda będzie obejmować przetwarzanie danych osobowych bez ujawniania imienia i nazwiska oraz bez możliwości rozpoznania całej twarzy w postaci: wiek, płeć. Informacji o przebiegu procesu diagnostycznego, procesu leczniczego i zastosowanych metodach leczenia, zdjęcia RTG, zdjęcia fotograficzne jamy ustnej przed, w trakcie i po zakończeniu leczenia, zdjęcia fotograficzne przed, w trakcie i po zakończeniu leczenia.

Może Pan / Pani odwołać zgodę pisemnie i od daty wpłynięcia takiego oświadczenia dane nie będą już przetwarzane w celach wskazanych w niniejszym formularzu.

Odwołanie zgody nie będzie skutkowało usunięciem wizerunku z nośników elektronicznych oraz w materiałach reklamowych już wykorzystanych lub upublicznionych.

.....

Data, podpis

Załącznik nr 9

Informację w zakresie wdrożonych SOM wraz z przedstawieniem zasad kontaktu małoletniego z personelem

Personel naszej placówki zwraca uwagę na sygnały, objawy i ślady świadczące o podejrzeniu krzywdzenia małoletniego pacjenta. Każda osoba będąca członkiem personelu naszej placówki jest zobowiązana i uprawniona do reagowania, w przypadku podejrzenia, że małoletni pacjent jest krzywdzony. Źródłem krzywdy dziecka może być zachowanie rodziców, opiekunów prawnych innej osoby bliskiej dla małoletniego, a także zachowanie osób trzecich.

Krzywdza małoletniego dziecka może przejawiać się w szczególności poprzez:

- popełnienie przestępstwa na szkodę małoletniego (np. przemoc fizyczna, wykorzystywanie seksualne),
- krzywdzenie w inny sposób (np. przemoc psychiczna, zastraszanie, poniżanie),
- ewidentne zaniedbywanie potrzeb życiowych, bytowych i higienicznych (niedożywienie, brak warunków higienicznych, niezapewnianie niezbędnej opieki, brak odzieży).

W przypadku podejrzenia, że popełniono przestępstwo na szkodę małoletniego pacjenta zawiadomiona jest Policja. W przypadku podejrzenia, że życie lub zdrowie małoletniego pacjenta jest zagrożone z uwagi na stosowanie wobec niego przemocy domowej, personel placówki medycznej niezwłocznie zgłasza ten fakt na Policję.

Przestrzegamy praw dziecka i dlatego informujemy, iż:

◆ ***Dzieci i rodzice mają prawo do otrzymywania informacji przekazywanej w sposób dostosowany do wieku i możliwości zrozumienia***

Personel udzielający informacji dziecku powinien docenić zdolność dziecka do rozumienia informacji i wyrażania swoich poglądów, w szczególności należy:

- zachęcać do zadawania pytań i odpowiadać na nie, oferując pocieszenie, gdy pojawiają się obawy;
- pomóc dziecku w obliczu trudnej sytuacji;
- upewnić się, że wszystkie udzielone wyjaśnienia zostały właściwie zrozumiane.

◆ **Wszystkie dzieci, mają prawo do odpowiedniej ulgi w bólu. Środki i działania podejmowane, aby zmniejszyć fizyczny i emocjonalny stres oraz ból powinny:**

- być dostosowane do indywidualnych potrzeb dziecka;

- pomagać dziecku w obliczu trudnej sytuacji;
- uwzględniać odpowiednie techniki odwracania uwagi;
- uwzględniać wyrażone wprost lub pośrednio obawy dziecka.

◆ Dzieci i rodzice mają prawo do świadomego udziału we wszystkich decyzjach dotyczących ich opieki zdrowotnej.

◆ Prawa dzieci i rodziców do świadomej zgody wymagają, aby pracownicy:

- szanowali zdolności i kompetencje dziecka oraz rodziców;
- we właściwym terminie udzielali dziecku i rodzicom odpowiednich informacji na temat stanu zdrowia dziecka, celu i wartości leczenia, przebiegu i zagrożeń;
- oferowali adekwatne, rzetelne informacje na temat alternatywnych form leczenia;
- dzieci mają prawo do wyrażania swoich poglądów i mogą nie zgadzać się z rodzicami.

Należy pamiętać, iż małoletni, który ukończył 16 rok życia ma prawo do wyrażenia osobistej zgody na leczenie lub niewyrażenia takiej zgody i należy szanować jego decyzję.

◆ *Dzieci trzeba traktować z taktem i zrozumieniem, a ich prywatność należy zawsze szanować.*

Zasady kontaktu personelu z dzieckiem

Przyszedłeś do nas z rodzicami, ponieważ potrzebujesz pomocy.

Ponieważ co jakiś czas dbając o Twoje zdrowie i właściwy rozwój należy sprawdzić stan Twoich zębów. Może jednak boli Cię ząb, wówczas postaramy jak najszybciej ten problem rozwiązać.

Pracują tutaj lekarze dentyści, którzy udzielą Ci pomocy. Pamiętaj, że możesz się zwrócić do każdej osoby z naszego zespołu rejestratorki, asystentki, jeżeli poczujesz się zagrożony lub będziesz się bał, udzielą Ci pomocy i wsparcia.

Przestrzegamy pewnych zasad więc abyś czuł się dobrze i spokojnie pamiętaj:

- Masz prawo powiedzieć nam jak mamy się do Ciebie zwracać,
- Masz prawo wiedzieć, jak się nazywa osoba, która się Tobą zajmuje, leczy, jak zapomnisz zapytaj jeszcze raz,
- Masz prawo pytać na czym polega leczenie i jak będzie to wyglądać,
- Będziemy traktować Cię ze zrozumieniem i szacunkiem i nie będziemy Cię okłamywać,

- Możesz nam powiedzieć co Ci się nie podoba podczas leczenia, wysłuchamy Cię i postaramy się w miarę możliwości respektować Twoją opinię, ale pamiętaj, że chcemy Ci pomóc i leczenie ma tylko taki cel,
- Będziemy starali się być delikatni,
- Twoja mama lub Tata mogą być obecni podczas leczenia.

Pamiętaj też, że:

Jeżeli wydarzyło się coś, co Cię niepokoi, ktoś Cię skrzywdził lub przekroczył Twoje granice, możesz o tym powiedzieć naszemu pracownikowi i poprosić o pomoc. Postaramy się rozwiązać ten problem w taki sposób, abyś był/a bezpieczny/a.

Załącznik nr 10

Informacja w zakresie wdrożenia Standardów Ochrony Małoletnich (SOM) na stronę www. i w rejestracji

Realizując ustawowy obowiązek Zgodnie z art. 22b ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz.U. z 2024 r. poz. 560) z uwagi na wykonywanie działalności leczniczej i udzielanie świadczeń medycznych małoletnim jednostka wdraża Standardy Ochrony Małoletnich. (SOM)

Standardy Ochrony Małoletnich (SOM) określają zasady bezpiecznych relacji całego personelu z małoletnimi, który podczas udzielania świadczeń leczniczych ma kontakt z małoletnim. Zasady bezpiecznego kontaktu z dzieckiem określają jakie zachowania i praktyki ze strony personelu są niedozwolone w pracy z dziećmi.

Każda osoba będąca członkiem personelu naszej placówki jest zobowiązana i uprawniona do reagowania, w przypadku podejrzenia, że małoletni pacjent jest krzywdzony. Źródłem krzywdy dziecka może być zachowanie rodziców, opiekunów prawnych innej osoby bliskiej dla małoletniego, a także zachowanie osób trzecich.

Krzywdza małoletniego dziecka może przejawiać się w szczególności poprzez:

- popełnienie przestępstwa na szkodę małoletniego (np. przemoc fizyczna, wykorzystywanie seksualne),
- krzywdzenie w inny sposób (np. przemoc psychiczna, zastraszanie, poniżanie),
- ewidentne zaniedbywanie potrzeb życiowych, bytowych i higienicznych (niedożywienie, brak warunków higienicznych, niezapewnianie niezbędnej opieki, brak odzieży).

W przypadku podejrzenia, że popełniono przestępstwo na szkodę małoletniego pacjenta zawiadomiona jest Policja. W przypadku podejrzenia, że życie lub zdrowie małoletniego pacjenta jest zagrożone z uwagi na stosowanie wobec niego przemocy domowej, personel placówki medycznej niezwłocznie zgłasza ten fakt na Policję.

Zasady kontaktu personelu z dzieckiem

Przyszedeś do nas z rodzicami, ponieważ potrzebujesz pomocy.

Ponieważ co jakiś czas dbając o Twoje zdrowie i właściwy rozwój należy sprawdzić stan Twoich zębów. Może jednak boli Cię ząb, wówczas postaramy jak najszybciej ten problem rozwiązać.

Pracują tutaj lekarze dentyści, którzy udzielą Ci pomocy. Pamiętaj, że możesz się zwrócić do każdej osoby z naszego zespołu rejestratorki, asystentki, jeżeli poczujesz się zagrożony lub będziesz się bał, udzielą Ci pomocy i wsparcia.

Przestrzegamy pewnych zasad więc abyś czuł się dobrze i spokojnie pamiętaj:

- Masz prawo powiedzieć nam jak mamy się do Ciebie zwracać,
- Masz prawo wiedzieć, jak się nazywa osoba, która się Tobą zajmuje, leczy, jak zapomni zapytaj jeszcze raz,
- Masz prawo pytać na czym polega leczenie i jak będzie to wyglądać,
- Będziemy traktować Cię ze zrozumieniem i szacunkiem i nie będziemy Cię okłamywać,
- Możesz nam powiedzieć co Ci się nie podoba podczas leczenia, wysłuchamy Cię i postaramy się w miarę możliwości respektować Twoją opinię, ale pamiętaj, że chcemy Ci pomóc i leczenie ma tylko taki cel,
- Będziemy starali się być delikatni,
- Twoja mama lub Tata mogą być obecni podczas leczenia.

Pamiętaj też, że:

Jeżeli wydarzyło się coś, co Cię niepokoi, ktoś Cię skrzywdził lub przekroczył Twoje granice, możesz o tym powiedzieć naszemu pracownikowi i poprosić o pomoc. Postaramy się rozwiązać ten problem w taki sposób, abyś był/a bezpieczny/a.

Załącznik nr 11

Jednostka wyznaczyła Koordynatora d/s Standardów Ochrony Małoletnich, osobę odpowiedzialną za monitoring realizacji SOM:

- Kierownik ds. personalnych
- Email: magdalena.tucka@primadent.pl
- Nr tel.: 17 717 22 20

Załącznik nr 12

Potwierdzenie przeszkolenia pracowników z zasad SOM

Niniejszym oświadczam, iż zostałam/zostałem zapoznany ze Standardami Ochrony Małoletnich wraz z załączoną do niej dokumentacją.

.....

(podpis pracownika, data)

Załącznik nr 13

Potwierdzenia zapoznania się z zasadami SOM

Oświadczam, iż uczestniczyłem/uczestniczyłam w szkoleniu z postępowania w zakresie Standardów Ochrony Małoletnich w dniu, którego zakres obejmował:

- Procedury reagowania na przypadki podejrzenia krzywdzenia dziecka,
- Zasady oprowadzenia rejestru interwencji,
- Zasady bezpiecznych relacji personel- małoletni,
- Zasady bezpiecznego korzystania z Internetu,.
- Zasady Ochrony wizerunku i danych osobowych

.....

(podpis pracownika, data)