

Imię i nazwisko rodzica: _____

Adres e-mail: _____

Imię i nazwisko dziecka: _____

Data urodzenia (mm/dd/rrrr): _____

Zgodnie z prośbą i wyborem rodzica informacje dotyczące leczenia jego dziecka w ramach wczesnej interwencji umożliwiające identyfikację tego dziecka będą przesyłane pocztą elektroniczną bez szyfrowania. Z przesyłaniem informacji umożliwiających identyfikację osób (danych osobowych) pocztą elektroniczną wiążą się zagrożenia, z których należy zdawać sobie sprawę przed udzieleniem takiego zezwolenia. Mogą to być między innymi następujące zagrożenia:

- Wiadomość e-mail może łatwo zostać przekazana i zachowana w formacie elektronicznym lub papierowym bez wiedzy rodzica.
- Nadawcy mogą błędnie zaadresować wiadomość e-mail, co spowoduje omyłkowe przesłanie informacji umożliwiających identyfikację osób do nieodpowiednich adresatów.
- Wiadomości e-mail przesyłane przez Internet bez szyfrowania nie są zabezpieczone i mogą zostać przechwycone przez osoby trzecie.
- Treść wiadomości e-mail może zostać zmodyfikowana bez wiedzy nadawcy i odbiorcy.
- Nawet po usunięciu wiadomości przez nadawcę i odbiorcę mogą nadal istnieć jej kopie zapasowe.
- Pracodawcy i dostawcy usług internetowych są uprawnieni do sprawdzania wiadomości e-mail wysyłanych za pośrednictwem ich systemów.
- Wiadomość e-mail może zawierać szkodliwe wirusy i inne programy.

POTWIERDZENIE I ZGODA RODZICA

Potwierdzam przeczytanie i zrozumienie powyższych punktów opisujących zagrożenia związane z używaniem poczty elektronicznej do przekazywania danych umożliwiających identyfikację osób. Pomimo tego ja,

_____, upoważniam _____

z adresem e-mail _____ do komunikowania się ze mną przy użyciu
mojego adresu e-mail _____ w sprawie uczestnictwa mojego dziecka

_____ w Programie Wczesnej Interwencji (Early Intervention Program, EIP),

w tym w sprawie świadczenia usług, postępów w programie EIP oraz wszelkich innych powiązanych kwestii.

Rozumiem, że korzystanie z poczty elektronicznej bez szyfrowania wiąże się z opisanymi wyżej zagrożeniami i może skutkować niezamierzonym ujawnieniem takich informacji.

(Opcjonalnie) Ponadto wyrażam zgodę, aby członkowie zespołu leczącego moje dziecko komunikowali się między sobą w sprawie mojego dziecka za pomocą niezaszyfrowanych wiadomości e-mail zawierających informacje umożliwiające identyfikację mojego dziecka. Członkowie zespołu wczesnej interwencji, którym udzielam pozwolenia na przesyłanie niezaszyfrowanych wiadomości e-mail w celu komunikowania się ze sobą w sprawie mojego dziecka, to:

1. _____ z adresem e-mail _____
2. _____ z adresem e-mail _____
3. _____ z adresem e-mail _____
4. _____ z adresem e-mail _____
5. _____ z adresem e-mail _____

Podpis rodzica: _____ **Data (mm/dd/yyyy):** _____

Uwaga: Jeżeli przeznaczony do wypełniania Formularz zgody rodzica na używanie poczty elektronicznej do wymiany informacji umożliwiających identyfikację osób zawiera podpis elektroniczny rodzica / opiekuna prawnego potwierdzający zgodę na przekazywanie pocztą elektroniczną informacji dotyczących leczenia jego dziecka w ramach wczesnej interwencji umożliwiających identyfikację tego dziecka, podpisowi temu musi towarzyszyć znacznik weryfikacji podpisu elektronicznego (dostępny za pośrednictwem takich aplikacji jak Adobe Acrobat, DocuSign itp.), który obejmuje datę i godzinę złożenia podpisu na formularzu. W przypadku braku tego zabezpieczenia Formularz zgody rodzica na używanie poczty elektronicznej do wymiany informacji umożliwiających identyfikację osób należy wydrukować, aby umożliwić rodzicowi / opiekunowi prawnemu podpisanie papierowego egzemplarza zgody.