

**OŚWIADCZENIE DO CELÓW WERYFIKACJI OSÓB W REJESTRZE SPRAWCÓW
PRZESTĘPSTW NA TLE SEKSUALNYM**

.....

(miejsowość, data)

| Dane osobowe niezbędne do weryfikacji w Rejestrze Sprawców Przystępstw na Tle Seksualnym | |
|---|--|
| Numer PESEL | |
| Pierwsze imię | |
| Nazwisko | |
| Nazwisko rodowe | |
| Imię ojca | |
| Imię matki | |
| Data urodzenia | |

Oświadczam, że ww. dane osobowe są aktualne. Przyjmuję do wiadomości, że jestem zobowiązany do poinformowania Dyrektora Centrum Edukacji Artystycznej o zmianie danych osobowych. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

(data, czytelny podpis)

Oświadczam, iż zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych.

.....

(data, czytelny podpis)

**OŚWIADCZENIE O NIEKARALNOŚCI
I ZOBOWIĄZANIU DO PRZESTRZEGANIA ZASAD OCHRONY MAŁOLETNIICH**

.....

(miejscowość, data)

Ja

(imię i nazwisko)

nr PESEL

oświadczam, że nie byłam/byłam skazana/y za przestępstwo przeciwko wolności seksualnej i obyczajności i przestępstwa z użyciem przemocy na szkodę małoletniego i nie toczy się przeciwko mnie żadne postępowanie karne ani dyscyplinarne w tym zakresie.

Ponadto oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami ochrony małoletnich obowiązującymi w Zespole Psychologiczno – Pedagogicznym Centrum Edukacji Artystycznej i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

(data, czytelny podpis)

Załącznik 3

.....

(miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE PSYCHOLOGA/PEDAGOGA ZPP CEA O ZAPOZNANIU SIĘ ZE STANDARDAMI OCHRONY MAŁOLETNIICH

Oświadczam, że ja niżej podpisany

.....

(imię i nazwisko oświadczającego)

zapoznałem się ze Standardami Ochrony Małoletnich przyjętych zarządzeniem nr
dyrektora Centrum Edukacji Artystycznej w dniu oraz zobowiązuje się do ich
przestrzegania w szczególności do raportowania informacji na temat zdarzeń i działań
niezgodnych z ich treścią.

.....

czytelny podpis składającego oświadczenie

KARTA INTERWENCJI

| | |
|---|---------------------------|
| Data zgłoszenia | Osoba zgłaszająca: |
| Data i miejsce zdarzenia | |
| Uczestnicy | |
| Przebieg zdarzenia (forma krzywdzenia) | |
| Opis podjętych działań | |
| Ustalenia | |

PLAN WSPARCIA

| | |
|--|--|
| Tytuł z jakiego opracowany został Plan wsparcia | |
| Data sporządzenia Planu wsparcia | |
| Imię i nazwisko małoletniego | |
| Imiona i nazwiska osób sporządzających Plan Wsparcia | |
| Diagnoza sytuacji małoletniego po ujawnieniu krzywdzenia | |
| <i>np. charakterystyka doznanej krzywdy, analiza dostępnej dokumentacji, określenie czynników ryzyka doznanej krzywdy oraz czynników wsparcia małoletniego</i> | |
| | |
| Cel wsparcia małoletniego | |
| <i>np. zapewnienie specjalistycznego wsparcia dziecku/jego rodzinie, udzielenie systematycznej lub okresowej pomocy</i> | |
| | |
| Zakres wsparcia udzielanego we współpracy z podmiotami zewnętrznymi | |
| <i>np. z jakimi instytucjami zewnętrznymi podjęto współpracę</i> | |
| | |

| |
|---|
| Formy wsparcia krzywdzonego dziecka |
| <i>np. konsultacje indywidualne</i> |
| |
| Metody wsparcia krzywdzonego dziecka |
| <i>np. bezpośrednia rozmowa z dzieckiem, analiza dokumentacji związanej z sytuacją dziecka, obserwacja dziecka.</i> |
| |

Podpis członków Zespołu Interwencyjnego:

.....

| |
|--|
| Ocena funkcjonowania Planu wsparcia |
| Data sporządzenia oceny: |

Podpis osób sporządzających ocenę funkcjonowania Planu wsparcia:

.....

