

Szczytno,.....

.....
imię i nazwisko matki / opiekuna prawnego

.....
imię i nazwisko ojca / opiekuna prawnego

.....
.....
.....
.....
nazwa świadczeniodawcy, adres

Zgoda na świadczenia ogólnostomatologiczne

Wyrażam zgodę na opiekę stomatologiczną, o której mowa w art. 7 ust. 4 w związku z art. 9 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 pkt 1 Ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. z 2019 r. poz. 1078) w zakresie świadczenia ogólnostomatologicznego dla mojego dziecka

.....
imię i nazwisko dziecka, PESEL

ucznia klasy Sportowej Szkoły Podstawowej nr 4 w Szczytnie.

Wyrażam zgodę na przekazanie powyższych danych osobowych moich i mojego dziecka przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania, nauczycieli i wychowawców szkoły, placówkom sprawującym opiekę stomatologiczną nad uczniami z zastrzeżeniem, że dane te mogą być przetwarzane wyłącznie w związku z przeprowadzaniem opieki stomatologicznej w tych placówkach zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. h Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych Parlamentu Europejskiego i Rady UE z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz zgodnie z Ustawą o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz. U. z 2019 r. poz. 1127, 1128, 1590, 1655, 1696).

.....
Podpis matki / opiekuna prawnego

.....
Podpis ojca / opiekuna prawnego