

Data

imię i nazwisko matki / opiekuna prawnego

imię i nazwisko ojca / opiekuna prawnego

**Indywidualna Praktyka Lekarska
Małgorzata Łęcicka
ul. Kościelna 8 D
05-252 Dąbrówka**

Zgoda na stomatologiczne świadczenia profilaktyczne

Wyrażam zgodę na stomatologiczne świadczenia profilaktyczne, o którym 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*

Publicznej Szkoły Podstawowej im. Adeli Goszczyńskiej we Wszeborach.

adres zamieszkania ucznia*

Wyrażam zgodę na przekazanie powyższych danych osobowych moich i mojego dziecka przez nauczycieli i wychowawców szkoły, placówce sprawującej 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*

* Wymagana jest zgoda obojga rodziców.