

....., dn.....20....r.

.....
(imię i nazwisko rodziców/ opiekunów prawnych)

.....

.....
(adres zamieszkania, nr. telefonu)

Mediroot
Urszula Korzeniowska
ul. Św. Wojciecha 16
62-100 Wągrowiec

SPRZECIW WOBEC OPIEKI PROFILAKTYCZNEJ

Wyrażam sprzeciw wobec objęcia pozostającego pod moją opieką

.....PESEL.....
(imię i nazwisko ucznia, pesel)

działaniami profilaktycznymi zgodnie z *ustawa Dz. U. 2019 poz. 1078 USTAWA z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami .*

.....
(imię i nazwisko rodziców, opiekunów prawnych)

.....
podpis rodziców/opiekunów prawnych

*rodzic/opiekun prawny Wyrażam zgodę na przekazanie powyższych danych osobowych moich i mojego dziecka poprzez pielęgniarkę/higienistkę szkolną, nauczycieli i wychowawców szkoły. Dane zostaną przekazane do Podmiotu Leczniczego Mediroot Urszula Korzeniowska z zastrzeżeniem, że ww. informacje mogą być przetwarzane wyłącznie w związku z brakiem zgody na przeprowadzanie profilaktyki stomatologicznej w Placówkach Zakładu Leczniczego zgodnie z art.9 ust 2 lit h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych Parlamentu Europejskiego i Rady UE z dn. 27 Kwietnia 2016 oraz zgodnie z Ustawą o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta dnia 6 listopada 2008 r. (Szczegóły dostępne w Poradniach ZL Bizoń Stomatologia