

.....
(imię i nazwisko matki)

.....
(imię i nazwisko ojca)

Poznań, dnia

.....

.....

.....

Sprzeciw wobec objęcia ucznia opieką profilaktyczną

Ja niżej
podpisana/y.....

(imię i nazwisko rodzica)

na podstawie art. 7 ust. 2 w związku z art. 9 ust. 1 ustawy z 12 kwietnia 2019 r. o opiece
zdrowotnej nad uczniami **wyrażam sprzeciw** wobec objęcia mojego dziecka

.....
(imię i nazwisko ucznia, PESEL)

ucznia klasy w Poznaniu
profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi dla dzieci i młodzieży.

Wyrażam zgodę na przekazanie powyższych danych osobowych moich i mojego dziecka
poprzez pielęgniarkę/higienistkę szkolną, nauczycieli i wychowawców szkoły, do której
uczęszcza moje dziecko podmiotowi leczniczemu

..... z zastrzeżeniem,
że dane te mogą być przetwarzane wyłącznie w związku z przeprowadzaniem profilaktyki
stomatologicznej w ww podmiocie leczniczym 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.

.....
(czytelny podpis matki/ojca)