

Miejscowość, dnia.....

.....
imię i nazwisko pełnoletniego ucznia bądź opiekuna prawnego

.....
adres zamieszkania, nr telefonu

SPRZECIW WOBEC OPIEKI PROFILAKTYCZNEJ

(badanie stomatologiczne, usuwanie złogów nazębnych, fluoryzacja czyli lakierowanie)

Wyrażam sprzeciw w wobec objęcia ucznia 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 ucznia, pesel)

.....
imię i nazwisko pełnoletniego ucznia , opiekun prawny(rodzic)

Wyrażam zgodę na przekazanie powyższych danych poprzez osobę reprezentującą organ szkolny. Dane zostaną przekazane do podmiotu medycznego 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.