..... Skarżysko Kościelne dnia.....

Imię i nazwisko matki

.....

Imię i nazwisko ojca

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI

ZDROWOTNEJ W SKARŻYSKU KOŚCIELNYM

UL. IŁŻECKA 2A, 26-115 SKARŻYSKO KOŚCIELNE

SPRZECIW WOBEC OBJĘCIA UCZNIA OPIEKĄ STOMATOLOGICZNĄ

Ja niżej podpisany.....

(imię i nazwisko rodzica),

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

.....

(imię i nazwisko dziecka oraz nr pesel)

Ucznia klasy.....Szkoły Podstawowej w .....świadczeniami profilaktycznymi i ogólnostomatologicznymi.

Wyrażam zgodę na przekazanie powyższych danych osobowych moich i mojego dziecka poprzez nauczycieli i wychowawców szkoły, do której uczęszcza moje dziecko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w Skarżysku Kościelnym zgodnie z art.9 ust.2 lit. H ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych Parlamentu europejskiego i Rady UE z dn. 27 kwietnia 2016r oraz zgodnie z ustawą o Prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta z dnia 6 listopada 2008r .

.....

Czytelny podpis matki/ojca