

Turość Dolna, dn. ....

.....

/Imię i nazwisko matki / opiekuna prawnego/

.....

/Imię i nazwisko ojca / opiekuna prawnego/

.....

.....

.....

.....

.....

/Nazwa świadczeniodawcy, adres/

### Zgoda na świadczenia ogólnostomatologiczne

Wyrażam **zgode** na opiekę stomatologiczną, o której 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/uczennicy klasy ..... Szkoły Podstawowej im. Marii Konopnickiej w Turości Dolnej.

Wyrażam zgodę na przekazanie powyższych danych osobowych moich i mojego dziecka przez pielęgniarkę szkolną, nauczycieli i wychowawców szkoły, placówkom sprawującym 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.