

DANE UCZNIĄ:

IMIĘ I NAZWISKO

PESEL

ADRES

.....

DANE RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO *

IMIĘ I NAZWISKO.....

PESEL

ADRES

.....

Gliwice, dnia

Ja niżej podpisana/y.....

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego małoletniego ucznia)

na podstawie art. 7 ust. 2 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami w zw. z art. 9 ust.1 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami

wyrażam zgodę na objęcie pozostającej/ego pod moją

opieką

(imię i nazwisko małoletniego ucznia)

-profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia,

-przeглядami stomatologicznymi

przeprowadzanymi w placówce **Gabinet Stomatologiczny NOVA-DENT**

ul. Sikory 5

44-100 Gliwice

.....

(imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego małoletniego ucznia)

Wyrażam zgodę na przekazanie powyższych danych osobowych moich i mojego dziecka poprzez pielęgniarkę/higienistkę szkolną, nauczycieli i wychowawców szkoły, do której uczęszcza moje dziecko Gabinetowi Stomatologicznemu NOVA-DENT z zastrzeżeniem, że dane te mogą być przetwarzane wyłącznie w związku z wyrażeniem zgody na przeprowadzenie profilaktyki stomatologicznej w Gabiniecie Stomatologicznym NOVA-DENT 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.

.....

(imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego małoletniego ucznia)

* - niepotrzebne skreślić

DANE UCZNIĄ:

IMIĘ I NAZWISKO

PESEL

ADRES

.....

DANE RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO *

IMIĘ I NAZWISKO.....

PESEL

ADRES

.....

Gliwice, dnia

Ja niżej podpisana/y.....

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego małoletniego ucznia)

na podstawie art. 7 ust. 2 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami w zw. z art. 9 ust.1 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami

wyrażam zgodę na objęcie pozostającej/ego pod moją

opieką

(imię i nazwisko małoletniego ucznia)

-profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia,

-przeглядami stomatologicznymi

przeprowadzanymi w placówce **Gabinet Stomatologiczny NOVA-DENT**

ul. Sikory 5

44-100 Gliwice

.....

(imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego małoletniego ucznia)

Wyrażam zgodę na przekazanie powyższych danych osobowych moich i mojego dziecka poprzez pielęgniarkę/higienistkę szkolną, nauczycieli i wychowawców szkoły, do której uczęszcza moje dziecko Gabinetowi Stomatologicznemu NOVA-DENT z zastrzeżeniem, że dane te mogą być przetwarzane wyłącznie w związku z wyrażeniem zgody na przeprowadzenie profilaktyki stomatologicznej w Gabiniecie Stomatologicznym NOVA-DENT 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.

.....

(imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego małoletniego ucznia)

* - niepotrzebne skreślić