

.....
imię i nazwisko matki / opiekuna prawnego

.....
miejscowość, data

.....
imię i nazwisko ojca / opiekuna prawnego

Sprzeciw wobec objęcia ucznia profilaktyczną opieką stomatologicznąⁱ

Wyrażam sprzeciw wobec objęcia opieką stomatologiczną nad uczniami, na podstawie art. 7 ust. 2w związku z art. 9 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 pkt 2 Ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. z 2019 r. poz. 1078) mojego dziecka

.....
imię i nazwisko dziecka, PESEL

ucznia klasy.....
nazwa szkoły

Wyrażam zgodę na przekazanie powyższych danych osobowych moich i mojego dziecka przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania, 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

ⁱ profilaktyka stomatologiczna obejmuje: przegląd stomatologiczny, instruktaż higieny jamy ustnej, lakierowanie.