

.....
(imię i nazwisko pełnoletniego ucznia bądź opiekunów prawnych)

.....
(adres zamieszkania)

Mońki, dnia.....

**Perfekt-Dent Stomatologia Rodzinna
ul. Wyzwolenia 2C/5
19-100 Mońki**

Sprzeciw wobec objęcia ucznia opieką profilaktyczną

Ja/my niżej podpisana/y*.....

(imię i nazwisko pełnoletniego ucznia albo 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 sprzeciw** wobec objęcia mnie/pozostającej/ego pod moja opieką.....

(imię i nazwisko małoletniego ucznia, nr PESEL)

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

.....
(imię i nazwisko pełnoletniego ucznia albo opiekuna prawnego małoletniego ucznia)

***rodzic/opiekun prawny**

Wyrażam zgodę na przekazanie powyższych danych osobowych moich i mojego dziecka poprzez pielęgniarkę/higienistkę szkolną, nauczycieli i wychowawców szkoły, do której uczęszcza moje dziecko Podmiotowi Leczniczemu Perfekt-Dent Stomatologia Rodzinna z zastrzeżeniem, że dane te mogą być przetwarzane wyłącznie w związku z brakiem zgody na przeprowadzanie profilaktyki stomatologicznej w Perfekt-Dent Stomatologia Rodzinna 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. (Szczegóły dostępne w Poradniach ZL Bizoń Stomatologia)

.....
(imię i nazwisko pełnoletniego ucznia albo opiekuna prawnego małoletniego ucznia)