…………………………………………

(imię i nazwisko matki)

…………………………………………

(imię i nazwisko ojca)

 Knurów, dnia ……………………....

**Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania/Higienistka szkolna\***

**w Miejskiej Szkole Podstawowej nr …. w Knurowie**

**Sprzeciw wobec objęcia ucznia opieką profilaktyczną**

Ja niżej podpisana/y……………………………………………………………………………………..

(imię i nazwisko rodzica)

na podstawie art. 7 ust. 2 w związku z art. 9 ust. 3 ustawy z 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami **wyrażam sprzeciw** wobec objęcia mojego dziecka

………………………………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko ucznia, PESEL)

ucznia klasy …..... Miejskiej Szkoły Podstawowej nr … w Knurowie profilaktyczną opieką zdrowotną.

 Wyrażam zgodę na przekazanie powyższych danych osobowych moich i mojego dziecka poprzez pielęgniarkę/higienistkę szkolną, nauczycieli i wychowawców szkoły, do której uczęszcza moje dziecko placówkom Zakładu Leczniczego Bizoń Stomatologia z zastrzeżeniem, że dane te mogą być przetwarzane wyłącznie w związku z  przeprowadzaniem profilaktyki stomatologicznej w Placówkach Zakładu Leczniczego Bizoń Stomatologia 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).

…………………………………………

(czytelny podpis matki/ojca)

\*niewłaściwe skreślić