

..... Gliwice, dnia.....

(imię i nazwisko pełnoletniego ucznia bądź opiekunów prawnych)

.....

(adres zamieszkania)

**V Liceum Ogólnokształcące z Oddziałami Dwujęzycznymi im. Andrzeja Struga w Gliwicach
ul. Górnych Wałów 29; 44-100 Gliwice**

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 moją opieką.....

(imię i nazwisko małoletniego ucznia, nr PESEL)

-profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 roku życia.

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 **Bistom s.c.** świadczącym opiekę stomatologiczną z zastrzeżeniem, że dane te mogą być przetwarzane wyłącznie w związku z przeprowadzaniem profilaktyki stomatologicznej w tych placówkach 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.

.....

(czytelny podpis pełnoletniego ucznia/opiekuna prawnego)