

Miejscowość ....., dnia.....

.....  
imię i nazwisko pełnoletniego ucznia bądź opiekuna prawnego

.....  
adres zamieszkania, nr. telefonu

Podmiot leczniczy  
Mediroot Urszula Korzeniowska  
ul. Św.Wojciecha 16  
62-100 Wągrowiec

**SPRZECIW WOBEC OPIEKI PROFILAKTYCZNEJ**  
( badanie stomatologiczne, usuwanie osadów,fluoryzacja czyli lakierowanie )

Wyrażam sprzeciw wobec objęcia mnie ( pełnoletni uczeń ) / pozostającego pod moją opieką .....

( imię i nazwisko ucznia, pesel )

działaniami profilaktycznymi zgodnie z ustawą Dz. U. 2019 poz. 1078 USTAWA z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami

.....  
imię i nazwisko pełnoletniego ucznia , opiekun prawny(rodzic)

Wyrażam zgodę na przekazanie powyższych danych osobowych moich i mojego dziecka poprzez osobę reprezentującą organ szkolny. Dane zostaną przekazane do Podmiotu Leczniczego Mediroot Urszula Korzeniowska z zastrzeżeniem, że ww. informacje mogą być przetwarzane wyłącznie w związku z brakiem zgody na przeprowadzanie profilaktyki stomatologicznej w Placówkach Zakładu Leczniczego 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.