……., …….
Miejscowość, data

……..
imię i nazwisko matki (prawnego opiekuna)

……
imię i nazwisko ojca (prawnego opiekuna)

Dyrektor

Szkoły Podstawowej

im. ……

w ……..

Sprzeciw
wobec objęcia ucznia profilaktyczną opieką zdrowotną lub/i stomatologiczną*

Ja / My niżej podpisany/a/ani na podstawie art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. poz. 1078) wyrażam/y sprzeciw wobec objęcia mojego/naszego dziecka

imię i nazwisko dziecka PESEL

ucznia/uczennicy klasy …… :

- profilaktyczną opieką zdrowotną*
- profilaktyczną opieką stomatologiczną nad uczniami w zakresie, o której mowa w art. 9 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 pkt 2*

Wyrażam/y zgodę na przetwarzanie danych osobowych wyłącznie w związku z profilaktyczną opieką zdrowotną oraz opieką stomatologiczną nad uczniami zgodnie z art. 9 ust. 2 lit h ogólnego rozporządzenia PE i Rady UE z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE oraz ustawy z dnia z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2019 r., poz. 1127 ze zm.)

…… ……
czytelny podpis matki (prawnego opiekuna) czytelny podpis ojca (prawnego opiekuna)

*niepotrzebne skreślić