

ZGODA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO MAŁOLETNIEGO

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lekarskiego stomatologicznego, które obejmuje również instruktaż higieny jamy ustnej lub badania lekarskiego kontrolnego, pozostającego pod moją opieką dziecka; w ramach **Akcji Profilaktyki Stomatologicznej**, sfinansowanej przez Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Opolu w ramach zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Imię i Nazwisko dziecka pozostającego pod opieką przedstawiciela ustawowego:

.....

Data urodzenia

PESEL

Nazwa szkoły

Wyrażam zgodę na przekazanie w formie pisemnej wyniku badań pozostającego pod moją opieką dziecka na ręce wychowawcy klasy lub dyrektora szkoły.

Wyrażam zgodę na to, aby pozostające pod moją opieką dziecko uczestniczące w Akcji Profilaktyki Stomatologicznej podczas drogi do gabinetu stomatologicznego i z powrotem znajdowało się pod opieką wychowawcy klasy lub innego nauczyciela wskazanego przez dyrektora szkoły.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka pozostającego pod moją opieką dla potrzeb niezbędnych do realizacji Akcji, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2016r. poz. 922).

.....

.....

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

CZYTELNY PODPIS RODZICA/OPIEKUNA

ZGODA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO MAŁOLETNIEGO

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lekarskiego stomatologicznego, które obejmuje również instruktaż higieny jamy ustnej lub badania lekarskiego kontrolnego, pozostającego pod moją opieką dziecka; w ramach **Akcji Profilaktyki Stomatologicznej**, sfinansowanej przez Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Opolu w ramach zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Imię i Nazwisko dziecka pozostającego pod opieką przedstawiciela ustawowego:

.....

Data urodzenia

PESEL

Nazwa szkoły

Wyrażam zgodę na przekazanie w formie pisemnej wyniku badań pozostającego pod moją opieką dziecka na ręce wychowawcy klasy lub dyrektora szkoły.

Wyrażam zgodę na to, aby pozostające pod moją opieką dziecko uczestniczące w Akcji Profilaktyki Stomatologicznej podczas drogi do gabinetu stomatologicznego i z powrotem znajdowało się pod opieką wychowawcy klasy lub innego nauczyciela wskazanego przez dyrektora szkoły.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka pozostającego pod moją opieką dla potrzeb niezbędnych do realizacji Akcji, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2016r. poz. 922).

.....

.....

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

CZYTELNY PODPIS RODZICA/OPIEKUNA