

.....  
(imię i nazwisko matki)

.....  
(imię i nazwisko ojca)

Poznań, dnia .....

.....

.....

.....

### **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. 1 ustawy z 12 kwietnia 2019 r. o opiece  
zdrowotnej nad uczniami **wyrażam sprzeciw** wobec objęcia mojego dziecka

.....  
(imię i nazwisko ucznia, PESEL)

ucznia klasy ..... w Poznaniu  
profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi dla dzieci i młodzieży.

Wyrażam zgodę na przekazanie powyższych danych osobowych moich i mojego dziecka  
poprzez pielęgniarkę/higienistkę szkolną, nauczycieli i wychowawców szkoły, do której  
uczęszcza moje dziecko podmiotowi leczniczemu

**Indywidualna Praktyka Stomatologiczna lek. stom. Grażyna Ćwintal,  
Os. St. Batorego 6/48, Poznań**

**Miejscem świadczenia opieki zdrowotnej dla uczniów w zakresie leczenia stomatologicznego  
jest gabinet stomatologiczny zlokalizowany w szkole SP 53.**

z zastrzeżeniem, że dane te mogą być przetwarzane wyłącznie w związku  
z przeprowadzaniem profilaktyki stomatologicznej w ww podmiocie leczniczym 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 matki/ojca)