

.....

ZGODA NA OPIEKĘ STOMATOLOGICZNĄ

Wyrażam*/ nie wyrażam* zgody na opiekę stomatologiczną nad dzieckiem, świadczoną w ramach Indywidualnej Praktyki Dentystycznej przez Panią Zuzannę Rymaniak-Bykowską w gabinecie dentystycznym w Wapnie przy ul. Solnej 8. Zgoda obejmuje:

- badanie stomatologiczne (przegląd);
- fluoryzację (lakierowanie);

Imię i nazwisko ucznia

.....
.....

Data urodzenia

.....
.....

Adres zamieszkania

.....
.....
.....
.....

Numer telefonu rodzica*/opiekuna prawnego*

.....

Wizyty w gabinecie stomatologicznym będą się odbywały co cztery miesiące pod opieką wychowawcy lub innego upoważnionego nauczyciela.

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. 2019 poz. 1078)

2. Porozumienie nr 1/2019 z 25.09.2019 r. między Gminą Wapno a Indywidualną Praktyką Dentystyczną Zuzanna Rymaniak-Bykowska.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji opieki (zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. 2018 poz. 1000)

.....

(podpis rodzica)

** niepotrzebne skreślić*

.....

ZGODA NA OPIEKĘ STOMATOLOGICZNĄ

Wyrażam*/ nie wyrażam* zgody na opiekę stomatologiczną nad dzieckiem, świadczoną w ramach Indywidualnej Praktyki Dentystycznej przez Panią Zuzannę Rymaniak-Bykowską w gabinecie dentystycznym w Wapnie przy ul. Solnej 8. Zgoda obejmuje:

- badanie stomatologiczne (przegląd);
- fluoryzację (lakierowanie);

Imię i nazwisko ucznia

.....
.....

Data urodzenia

.....
.....

Adres zamieszkania

.....
.....

.....
.....
Numer telefonu rodzica*/opiekuna prawnego*

.....
Wizyty w gabinecie stomatologicznym będą się odbywały co cztery miesiące pod opieką wychowawcy lub innego upoważnionego nauczyciela.

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. 2019 poz. 1078)
2. Porozumienie nr 1/2019 z 25.09.2019 r. między Gminą Wapno a Indywidualną Praktyką Dentystyczną Zuzanna Rymaniak-Bykowska.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji opieki (zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. 2018 poz. 1000)

.....
(podpis rodzica)

* *niepotrzebne skreślić*