

.....  
imię i nazwisko matki / opiekuna prawnego

Gdańsk, .....

.....  
imię i nazwisko ojca / opiekuna prawnego

**Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska**  
**Lek. stom. Renata Wiesner**  
**ul. Piotrkowska nr 21A**  
**80-180 Gdańsk**

nazwa świadczeniodawcy, adres

## **Sprzeciw wobec objęcia ucznia profilaktyczną opieką stomatologiczną**

Wyrażam **sprzeciw** wobec objęcia opieką stomatologiczną nad uczniami, na podstawie art. 7 ust. 2 w związku z art. 9 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 pkt 2 Ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. z 2019 r. poz. 1078) mojego dziecka

.....  
imię i nazwisko dziecka, PESEL

ucznia klasy ..... Szkoły Podstawowej nr 19 im. Zasłużonych Ludzi Morza w Gdańsku.

Wyrażam zgodę na przekazanie powyższych danych osobowych moich i mojego dziecka przez pielęgniarkę szkolną, nauczycieli i wychowawców szkoły, placówkom sprawującym opiekę stomatologiczną nad uczniami z zastrzeżeniem, że dane te mogą być przetwarzane wyłącznie w związku z przeprowadzaniem opieki stomatologicznej w tych placówkach zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. h Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych Parlamentu Europejskiego i Rady UE z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz zgodnie z Ustawą o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz. U. z 2019 r. poz. 1127, 1128, 1590, 1655, 1696).

.....  
Podpis matki / opiekuna prawnego

.....  
Podpis ojca / opiekuna prawnego