

DANE UCZNIĄ DO POTRZEB MEDYCYNY SZKOLNEJ

(INFORMACJE TYLKO DO UŻYTKU MEDYCYNĄ SZKOLNEJ OBJĘTE TAJEMNICĄ I USTAWĄ O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH)

1. Imię i Nazwisko dziecka.....
2. Adres zamieszkania.....
3. Pesel dziecka.....
4. Dziecko zadeklarowane do lekarza.....
przyjmującego w przychodni.....

OŚWIADCZENIE

1. **Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody** (niepotrzebne skreślić) na wykonywanie świadczeń pielęgniarki szkolnej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21,03,20007 w sprawie zakresu i organizacji opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.
2. **Wyrażam zgodę /nie wyrażam zgody** (niepotrzebne skreślić) na poinformowanie wychowawcy, pedagoga i nauczyciela w-f o stanie zdrowia mojego dziecka
3. **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** (niepotrzebne skreślić) na fluoryzację zębów 6 razy w roku szkolnym

Klauzula informacyjna

Szanowny Pacjencie, na podstawie art. 13 ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (RODO) informujemy, że:

Administratorem podanych przez Państwa danych będzie Samodzielny Publiczny Gminny Ośrodek Zdrowia w Dobroniu reprezentowany przez Kierownika Ośrodka, z siedzibą ul. Sienkiewicza 60, 95-082 Dobroń.

Informujemy, że Samodzielny Publiczny Gminny Ośrodek Zdrowia w Dobroniu wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. Z którym w sprawie danych osobowych możesz kontaktować się na adres e-mail iodannafatnerdregier@o2.pl lub na adres SP GOPZ w Dobroniu

Dane osobowe Pacjenta są przetwarzane na podstawie art. 9 ust. 2 lit h) RODO, tj. w celu realizacji świadczeń zdrowotnych w szkole na rzecz Pacjenta oraz w związku z wykonywaniem działalności leczniczej zgodnie z ustawą o działalności leczniczej ze szczególnym uwzględnieniem przepisów ustawy o prawach pacjenta oraz Rzeczniku Praw Pacjenta. Podanie danych osobowych w tym zakresie jest obligatoryjne.

W związku z powyższym informujemy, że prawo Pacjenta do bycia zapomnianym oraz prawo usunięcia i wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych może zostać ograniczone. W każdej chwili masz prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, uzyskania kopii danych i informacji o przetwarzaniu.

Przysługuje Ci prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego Urzędu Ochrony Danych Osobowych, co do przetwarzania Twoich danych osobowych

Twoje dane mogą zostać przekazane innym odbiorcom w szczególności do podmiotów, którym powierzono przetwarzanie danych osobowych tj. firmy informatyczne, ośrodki badań klinicznych. Twoje dane będą przetwarzane przez okres 20 lat od dokonania ostatniego wpisu w dokumentacji medycznej.

Data i czytelny podpis Rodzica/Opiekuna:.....