



Szczecin


 UNIWERSYTECKA KLINIKA  
 STOMATOLOGICZNA  
 PUM

**ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ DZIECKA W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ**
**pn. "Zapobieganie próchnicy wśród dzieci klas VI uczęszczających do szczecińskich szkół podstawowych"**

Ja, niżej podpisany(a) ..... oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. programu profilaktycznego oraz otrzymałem(am) wyczerpujące i satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział dziecka ..... w ww. programie i jestem świadomy(a) faktu, iż w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w jego dalszej części.

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o tym, że program jest bezpłatny i dobrowolny oraz, że w każdej chwili mogę zrezygnować z udziału w programie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka, uzyskanych w trakcie programu polityki zdrowotnej pn. "Zapobieganie próchnicy wśród dzieci klas VI uczęszczających do szczecińskich szkół podstawowych", finansowanego ze środków Gminy Miasto Szczecin, w tym na ich gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie uprawnionym podmiotom, a także na wprowadzenie ich do systemów informatycznych, a które to czynności związane są z realizacją ww. programu i wykonywaniem świadczeń zdrowotnych przez realizatora programu Poradnię Stomatologii Dziecięcej Uniwersyteckiej Kliniki Stomatologicznej PUM Sp. z o.o., zachowaniem jednocześnie zasad przetwarzania i ochrony tychże danych, a przewidzianych w przepisach ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych tj. Dz.U. z 2016 r. poz. 922 ze zm.).

Jednocześnie oświadczam, iż zostałem/zostałam poinformowany:

1. iż, administratorem danych osobowych jest Uniwersytecka Klinika Stomatologiczna PUM Sp. z o.o. z siedzibą przy Al. Powstańców Wlkp. 72 bud. 18 w Szczecinie,
2. o celu zbierania danych,
3. o prawie dostępu do treści danych dziecka oraz ich poprawiania,
4. o dobrowolności albo obowiązku podania danych, a jeżeli taki obowiązek istnieje, o jego podstawie prawnej.

data .....

imię i nazwisko dziecka .....

nr PESEL dziecka .....

adres zamieszkania/zameldowania dziecka .....

telefon kontaktowy ....., e-mail .....

rodzica/opiekuna prawnego dziecka

szkoła ....., klasa .....

podpis rodzica/opiekuna prawnego dziecka .....