

.....  
(imię i nazwisko pełnoletniego ucznia lub rodzica/ opiekuna prawnego)

.....  
(adres zamieszkania)

Gliwice, dnia.....

**Gabinet Stomatologiczny NOVA-DENT  
44-100 Gliwice  
ul. Sikory 5**

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

Ja niżej podpisana/y.....

(imię i nazwisko pełnoletniego ucznia lub rodzica/opiekuna prawnego małoletniego ucznia)

na podstawie art. 7 ust. 2 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami w zw. z art. 9 ust.1 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami **wyrażam sprzeciw** wobec objęcia mnie/pozostającej/ego pod moja opieką.....

(imię i nazwisko małoletniego ucznia, nr PESEL)

- profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia.

.....  
(imię i nazwisko pełnoletniego ucznia lub rodzica/ opiekuna prawnego małoletniego ucznia)

Wyrażam zgodę na przekazanie powyższych danych osobowych moich i mojego dziecka poprzez pielęgniarkę/higienistkę szkolną, nauczycieli i wychowawców szkoły, do której uczęszcza moje dziecko Gabinetowi Stomatologicznemu NOVA-DENT z zastrzeżeniem, że dane te mogą być przetwarzane wyłącznie w związku z brakiem zgody na przeprowadzanie profilaktyki stomatologicznej w Gabinetcie Stomatologicznym NOVA-DENT 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 2008r.

.....  
(imię i nazwisko pełnoletniego ucznia lub rodzica/ opiekuna prawnego małoletniego ucznia)