

OŚWIADCZENIE DLA POTRZEB MEDYCyny SZKOLNEJ
(Informacje tylko do użytku służby zdrowia, objęte tajemnicą i przepisami RODO)

IMIE I NAZWISKO DZIECKA

[illegible]

* w przypadku braku nr Pesel przez obywateli proszę o dostarczenie kopii deklaracji ZUS ZCNA (od pracodawcy)

ADRES ZAMIESZKANIA

PRZEBYTE CHOROBY, URAZY I OPERACJE

NAZWA I ADRES PRZYCHODNI LEKARZA RODZINNEGO: _____

CZY DZIECKO MA ALERGIĘ, UCZULENIE I NA CO?

CZY DZIECKO PRZYJMUJE LEKI? JAKIE?

CZY UŻYWA: OKULARY, APARAT SŁUCHOWY?

CZY DZIECKO LECZY SIĘ W PORADNI SPECJALISTYCZNEJAKIEJ?

CZY DZIECKO POSIADA ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI? TAK ☐ NIE ☐

*Jeśli tak proszę o dostarczenie kopii do plebanii szkolnej

Telefony kontaktowe do rodziców, opiekunów

1. Przyjmuję do wiadomości, że świadczenia w środowisku nauczania i wychowania będą zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.
2. Dane osobowe będą przetwarzane w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz dzieci i młodzieży i zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych, w tym w szczególności z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 (RODO).
3. Oświadczam, że zostały mi przekazane następujące informacje o zasadach przetwarzania danych osobowych:
 - Administratorem danych jest PWiD wskazany na pieczęcie nagłówkowej niniejszego oświadczenia;
 - z Administratorem można się skontaktować korzystając z danych wskazanych na pieczęcie nagłówkowej niniejszego oświadczenia;
 - dane osobowe będą przetwarzane w szczególności w celu zapewnienia opieki zdrowotnej, udzielania świadczeń zdrowotnych, leczenia, terapii oraz profilaktyki zdrowotnej i / diagnozy medycznej;
 - podmiotom danych przysługuje w szczególności prawo dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych, coñięcia udzielonej zgody, wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych);
 - z pełną treścią obowiązku informacyjnego można zapoznać się w miejscu udzielenia świadczeń.
4. Oświadczam, że wszelkie dane są zgodne ze stanem faktycznym i jednocześnie zobowiązuje się do ich aktualizacji w razie potrzeby.

data..... Czytelny podpis rodzica / opiekuna

* niepotrzebne skreślić