

ZGODA NA OBJĘCIE UCZNIA OPIEKĄ PROFILAKTYCZNĄ

(obowiązuje na wszystkie lata trwania nauki w LO)

Wyrażam zgodę na objęcie pozostającej/ego pod moją opieką

.....(imię i nazwisko ucznia małoletniego i PESEL)

Wyrażam zgodę na objęcie mnie

.....(imię i nazwisko pełnoletniego ucznia PESEL)

profilaktyczną szkolną opieką pielęgniarstwa, profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi oraz świadczeniami ogólnostomatologicznymi przez cały okres trwania nauki w liceum a tym samym udostępnienie danych osobowych wyżej wymienionym podmiotom.

.....

(czytelne podpisy rodziców/prawnych opiekunów lub ucznia pełnoletniego)

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH PRZEZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA W CELU REALIZACJI ZADAŃ STATUTOWYCH I OBOWIĄZKÓW USTAWOWYCH Zgodnie z art. 13 i 14 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Ogólne rozporządzenie o ochronie danych), podajemy następujące informacje. **ADMINISTRATOREM DANYCH OSOBOWYCH** jest: Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, reprezentowany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie danych osobowych przetwarzanych centralnie, z którym mogą się Państwo kontaktować w następujący sposób: listownie na adres siedziby administratora: 02-390 Warszawa, ul. Grójecka 186, za pomocą platformy ePUAP, e-mailem: sekretariat.gpf@nfz.gov.pl; w zakresie danych osobowych przetwarzanych w Warmińsko-Mazurskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia Dyrektor Oddziału, z którym mogą się Państwo kontaktować w następujący sposób: listownie na adres siedziby administratora: Żołnierska 16, 10-561 Olsztyn, za pomocą platformy ePUAP, e-mailem: sekretariat@nfz-olsztyn.pl.