**OŚWIADCZENIE DLA POTRZEB MEDYCYNY SZKOLNEJ***(informacje tylko do użytku służby zdrowia, objęte tajemnicą i przepisami RODO)*

Imię i nazwisko dziecka: ……………………………………………………………………………….…

Data urodzenia: ………………………..…………………………………………………………..……...

nr pesel: …………..…………………..…………….
*(w przypadku braku nr pesel przez obcokrajowców, proszę o dostarczenie kopii deklaracji ZUS ZCNA od pracodawcy*)

Adres zamieszkania: ………………………………….…………………………………………………...

Nazwa i adres przychodni lekarza rodzinnego: ……..........................................................

Przebyte choroby, urazy i operacje: ………………………………………….………………….……..

……………………………………………………………………………………..….………………………..

Czy dziecko ma alergię, uczulenia? Na co? .......................................................................

…………………………………………………………….………………………………………..….……….

Czy używa okulary, aparat słuchowy?: ............................................................................

Czy dziecko przyjmuje leki, jakie? ....................................................................................

Czy dziecko leczy się w Poradni Specjalistycznej, jakiej? ………………………….……………..

…………………………………………………………………………………………………..……………..

Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności? TAK NIE
*(jeśli tak proszę o dostarczenie kopii do pielęgniarki szkolnej)*

Telefony kontaktowe do rodziców, opiekunów ……………………..………........…………………

1. Przyjmuję do wiadomości, że świadczenie 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 udzielenia 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 r. (RODO).

3. Oświadczam, że zostały mi przekazane następujące informacje o zasadach przetwarzania danych osobowych:

* Administratorem danych jest PWDL wskazany na pieczątce nagłówkowej niniejszego oświadczenia;
* z Administratorem można się skontaktować korzystając z danych wskazanych na pieczątce nagłówkowej i niniejszego oświadczenia;
* dane osobowe będą przetwarzane w szczególności w celu zapewnienia opieki zdrowotnej, udzielenia 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, cofnięcia 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 zobowiązuję się do ich aktualizacji w razie potrzeby.

|  |  |
| --- | --- |
| *…………………...............................**miejscowość, data*  | *…………………………………………………………..**czytelny podpis rodzica/opiekuna* |