

Swarzędz, dnia

2020 r.

.....  
(imię i nazwisko rodziców/opiekunów prawnych)

.....  
(adres zamieszkania)

*Nazwa gabinetu stomatologicznego*

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

Ja niżej podpisany\*

.....  
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

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

.....  
(imię i nazwisko małoletniego ucznia, nr PESEL)  
profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia.

.....  
(podpis)

\*rodzic/opiekun prawny

Wyrażam zgodę na przekazanie powyższych danych osobowych moich i mojego dziecka poprzez pielęgniarkę/higienistkę szkolną, nauczycieli i wychowawców szkoły, do której uczęszcza moje dziecko *nazwa gabinetu*, z zastrzeżeniem, że dane te mogą być przetwarzane wyłącznie w związku z brakiem zgody na przeprowadzenie profilaktyki stomatologicznej w *nazwa gabinetu*.

.....  
(podpis rodzica/opiekuna prawnego małoletniego ucznia)