



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

ZGODA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

na profilaktyczny przegląd stomatologiczny w szkole

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:

Telefon kontaktowy: _____

działając jako rodzic/opiekun prawny ucznia:

Imię i nazwisko ucznia:

Data urodzenia ucznia: _____ **PESEL** _____

Adres Zamieszkania: _____

Klasa: _____ **Szkoła:** _____

wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mojego dziecka profilaktycznego przeglądu stomatologicznego wykonywanego na terenie szkoły przez uprawnionego lekarza dentystę / higienistkę stomatologiczną w ramach działań profilaktycznych.

Oświadczam, że:

- zostałem/am poinformowany/a o charakterze badania, jego celu oraz o tym, że ma ono charakter wyłącznie profilaktyczny i nie obejmuje leczenia,
- wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia przeglądu stomatologicznego, zgodnie z obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych,
- mam świadomość, że w przypadku stwierdzenia konieczności leczenia, zostanę o tym poinformowany/a odrębnie.

Data: _____

Podpis rodzica/opiekuna prawnego: _____

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność •

ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław
NIP: 895-16-31-106 | Regon: 000290469
Sekretariat: 71 395 74 26 | fax 71 326 06 22
Centrala tel.: 71 326 13 25
sekretariat@szpital.wroc.pl

www.szpital.wroc.pl



**DOLNY
ŚLĄSK**