

Zgoda na bezpłatne badania przesiewowe słuchu, wzroku.

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

Adres do korespondencji

Tel kontaktowy

Ja, niżej podpisany/a wyrażam zgodę na wykonywanie u mojego dziecka wymienionych poniżej bezpłatnych badań słuchu, wzroku, w ramach realizacji Programu wczesnego wykrywania wad słuchu i wzroku wśród uczniów klas I szkół podstawowych Gminy Zbąszynek na lata 2018-2020. Zobowiązuję się do powiadomienia lekarza rodzinnego dziecka o fakcie przeprowadzonych badań.

Imię i nazwisko dzieckaPESEL

Uczeń klasy Szkoły Podstawowej w

Lekarz rodzinny dziecka.....

Klauzula informacyjna poniżej

.....
(data) podpis rodzica/prawnego opiekuna

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Rozporządzeniem 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) Dz. U. UE. L. 119.1 z 04.05.2016 Administrator Danych przekazuje następujące informacje:

1. Administratorem Pana/Pani danych są Wspólnicy Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Specjalistyczne Gabinety Lekarskie „PAEON” s.c. z siedzibą w Zbąszynku (66-210) przy ulicy Bolesława Chrobrego 13.

Z administratorem można skontaktować się telefonicznie lub pisemnie na adres siedziby administratora.

2. Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane w celu wykonania umowy zawartej z Urzędem Miejskim w Zbąszynku, związanej z wykonaniem badań przesiewowych słuchu i wzroku, na podstawie programu wczesnego wykrywania wad słuchu i wzroku wśród uczniów klas I szkół podstawowych Gminy Zbąszynek na lata 2018 – 2020.

3. Odbiorcą Pana/Pani danych będzie Urząd Miejski w Zbąszynku oraz dane mogą zostać przekazane podmiotom uprawnionym do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.

4. Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celów umowy, oraz przechowywane przez okres 5 lat, w celu realizacji obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa. Wyniki badań zostaną Panu/Pani przekazane po wykonaniu badania i nie będą podlegały dalszemu przetwarzaniu.

5. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych, prawo do przenoszenia swoich danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

6. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych:

Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO)

Adres: Stawki 2, 00-193 Warszawa

Telefon: 22 860 70 86

7. Podanie Pana/Pani danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niepodanie danych będzie skutkowało niemożnością wzięcia udziału w bezpłatnych badaniach przesiewowych słuchu, wzroku.