печатка закладу

**ЗАЯВА В МЕДИЧНИХ ШКІЛЬНИХ ЦІЛЯХ**

(Інформація тільки для використання службою здоров‘я, секретна і відповідає правилам  RODO)

ІМ‘Я І ПРІЗВИЩЕ ДИТИНИ…………………………………………………………………………………………

ДАТА НАРОДЖЕННЯ ……………………. NR PESEL \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

у випадку якщо нема N PESEL для іноземців просимо додати копію декларації ZUS ZCNA (від роботодавця)

АДРЕСА ПРОЖИВАННЯ………………………………………………………………………….…………………………….........................................................................................................................

МЕДИЧНА ІСТОРІЯ ХВОРІБ, ОПЕРАЦІЙ ..............................................................................

……………………………………………………………………………………………………

НАЗВА І АДРЕСА ПРИЙМАЛЬНІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРА ...................................................

……………………………………………………………………………………………………

ЧИ ДИТИНА МАЄ АЛЕРГІЮ І НА ЩО? .................................................................................

ЧИ ДИТИНА ПРИЙМАЄ ЛІКИ? ЯКІ? ……………………………………………………......

ЧИ КОРИСТУЄТЬСЯ ОКУЛЯРАМИ, СЛУХОВИМ  АПАРАТОМ? ……………………....

ЧИ ДИТИНА ЛІКУЄТЬСЯ В СПЕЦІАЛІЗОВАНІЙ КЛІНІЦІ? ЯКІЙ? ……………………

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

ЧИ ДИТИНА МАЄ ВИСНОВОК ПРО НЕПОВНОСПРАВНІСТЬ?   ТАК…. НІ….

\* якщо так , то просимо подати копію висновку для шкільної медсестри

**Контактні  телефони батьків, опікунів** …………………………………………………...

1. Приймаю до уваги свідчення, що  навчальне середовище і виховна робота будуть відповідати Розпорядженню Міністра Здоров‘я про обсяги і організацію профілактичної опіки здоров‘я дітей і молоді.

2. Персональні дані  під час надання опіки за здоров‘я дітей і молоді будуть оброблені згідно правил про збереження персональних даних, згідно з Розпорядженням Європейського Парламенту і Ради (ЄС) 2016/679 від 27.04.2016 (RODO).

3. Засвідчую, що мені надана наступна інформація про правила обробки персональних даних:

\*Адміністратором даних є PWDL,  який вказаний на печатці в заголовку до цієї заяви;

\* з Адміністратором можна сконтактоватися, користуючись даними , вказаними на печатці в заголовку ціє заяви;

\* персональні дані оброблятимуться тільки з метою надання медичної опіки, видачі довідок про здоров‘я,лікування, терапії чи профілактики  здоров‘я та  медичного діагнозу;

  \* суб‘єкт даних має право доступу до персональних даних, їх виправлення, видалення чи організації обробки персональних даних, відкликання наданої згоди , подання скарги до контролюючого органу (Керівник Уряду  Охорони Персональних Даних) ;

\* з повним змістом інформаційного обов‘язку можна ознайомитися в місці подання заяви.

4. Засвідчую, що всі дані відповідають дійсному стану і одночасно зобов‘язуюся до їх актуалізації при потребі.

Дата……………………… Підпис читабельний одного з батьків/ опікуна …………

\*непотрібне викреслити