

Ja niżej podpisany/a, będący/a rodzicem albo opiekunem prawnym.....

oświadczam, że wyrażam zgodę na objęcie mojego dziecka (imię i nazwisko).....

data urodzenia..... NR PESEL.....

zamieszkałego pod

adresem.....

ucznia/uczennicy Publicznej Szkoły Podstawowej im. Wincentego Witosa w Borku Strzelińskim

opieką stomatologiczną przez GABINET STOMATOLOGICZNY DOROTA MASKIERA- MAJCHRZAK ul.

Strzelińska 22, Borek Strzeliński, 57-160 Borów w następującym zakresie:

- 1) świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży,
- 2) profilaktyczne świadczenia stomatologiczne dla dzieci i młodzieży określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w części dotyczącej wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży, z wyłączeniem świadczeń ortodoncji,
- 3) współpracy lekarza dentysty z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania albo higienistką szkolną oraz dyrektorem szkoły w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia jamy ustnej oraz profilaktyki próchnicy zębów u uczniów.
- 4) opieki osoby dorosłej oddelegowanej przez szkołę nad dzieckiem w drodze do i z przychodni.

Informacja dodatkowa:

1.Świadczenia, o których mowa w niniejszym oświadczeniu będą realizowane w gabinetach dentystycznych w miejscowościach: Borek Strzeliński i Borów, spełniających wymagania, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 22 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 i 2219 oraz z 2019 r. poz. 492).

2.Świadczenia, o których mowa w §1 Porozumienia są realizowane przez lekarza dentystę spełniającego wymagania określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.3)), w części dotyczącej warunków realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży, z wyłączeniem świadczeń ortodoncji.

3.Gmina Borów zapewni bezpłatny transportu do siedziby Przychodni dla wszystkich zadeklarowanych uczniów ze Szkoły Podstawowej w Zielnicach.

Oświadczam, iż:

- zapoznał-em/-am się z Informacja dodatkową,
- Uprowadzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że dane przedstawione w deklaracji uczestnictwa w projekcie odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą.

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis)

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

**W związku z objęciem mojego dziecka.....
opieką stomatologiczną przez GABINET STOMATOLOGICZNY DOROTA MASKIERA- MAJCHRZAK ul.
Strzełińska 22, Borek Strzełiński, 57-160 Borów, wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na przetwarzanie
moich danych osobowych.**

Oświadczam, i przyjmuję do wiadomości, że:

a) administratorem tak zebranych danych osobowych jest Urząd Gminy Borów mający siedzibę przy

ul. Konstytucji 3 Maja 22, 57-160 Borów oraz GABINET STOMATOLOGICZNY DOROTA MASKIERA-
MAJCHRZAK ul. Strzełińska 22, Borek Strzełiński, 57-160 Borów

b) dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu świadczenia opieki stomatologicznej,

c) dane osobowe moje/mojego dziecka * mogą zostać udostępnione innym podmiotom wyłącznie w celu
udzielenia związanym z procesem leczniczym oraz rozliczenia z NFZ i wymaganej prawem
i sprawozdawczości.

d) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem
możliwości objęcia opieką stomatologiczną;

e) mam prawo dostępu do treści danych moich/mojego dziecka* i ich poprawiania.

*niewłaściwe skreślić

.....

(miejscowość i data)

.....

(czytelny podpis)