

.....  
imię i nazwisko ucznia, który w dniu badania ma ukończone 16 lat

.....  
adres zamieszkania ucznia

.....  
nr PESEL ucznia

### **ZGODA UCZNIĄ NA BADANIE LEKARSKIE**

Niniejszym wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lekarskiego w celu stwierdzenia przeciwwskazań / braku przeciwwskazań do nauki i praktyk organizowanych przez:

..... w klasie .....  
(nazwa szkoły) ( kierunek, numer klasy )

.....  
data i czytelny podpis ucznia

.....  
imię i nazwisko rodzica / przedstawiciela ustawowego ucznia

.....  
adres zamieszkania rodzica / przedstawiciela ustawowego ucznia

.....  
nr PESEL rodzica / przedstawiciela ustawowego ucznia

### **ZGODA RODZICA / PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO UCZNIĄ NA BADANIE LEKARSKIE**

Niniejszym wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lekarskiego

.....( *imię i nazwisko ucznia* )  
w celu stwierdzenia przeciwwskazań / braku przeciwwskazań do nauki i praktyk organizowanych przez:

..... w klasie .....  
(nazwa szkoły) (kierunek, numer klasy)

.....  
data i czytelny podpis rodzica / przedstawiciela ustawowego ucznia

## KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) (dalej RODO) uprzejmie informujemy, iż:

1. Administratorem / Współadministratorem danych osobowych UCZNIA jest:  
**Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Koszalinie**  
**ul. Zwycięstwa 136, 75-613 Koszalin**  
**tel. 94 342 42 39, [womp@womp.koszalin.pl](mailto:womp@womp.koszalin.pl)**
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – adres e-mail: [iod@womp.koszalin.pl](mailto:iod@womp.koszalin.pl)
3. Dane osobowe uczniów przetwarzane będą w celu świadczenia opieki przedlekarskiej i lekarskiej w gabinecie profilaktyki zdrowotnej w szkole, do której uczeń uczęszcza.
4. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych: art. 6 ust. 1 lit. C, d i e oraz art. 9 ust. 2 lit. C i h RODO, Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (tj. Dz.U. Z 2017 r. poz. 1938), Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej z dnia 24 września 2013 r. (tj. Dz.U. Z 2016 r. poz. 86).
5. Odbiorcami danych osobowych mogą być wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz umów zawartych z WOMP Koszalin w celu realizacji usług medycznych, prowadzenia obsługi administracyjnej, informatycznej, rozliczeniowej i związanej ubezpieczeniem zdrowotnym.
6. Uczeń reprezentowany przez przedstawicieli ustawowych posiada prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, usunięcia danych oraz do wniesienia sprzeciwu co do ich przetwarzania. Żądanie takie zostanie uwzględnione, o ile zachodzą będą przesłanki określone przepisami prawa, w tym RODO.
7. Uczeń reprezentowany przez przedstawicieli ustawowych ma prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Dane osobowe przechowywane będą przez Administratora zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta ( tj. Dz.U. z 2017, poz. 1318).
9. Podanie danych osobowych w celu realizacji świadczeń medycznych jest obligatoryjne na mocy odrębnych przepisów prawa.

Zapoznała(e)m się:

.....

Data i czytelny podpis  
ucznia lub rodzica / przedstawiciela