……………………., dn. …………..

…………………………………………………….

…………………………………………………….

(imię i nazwisko)

**ZGODA RODZICÓW DOTYCZĄCA DZIECKA**

Oświadczamy, że wyrażamy zgodę dla placówki: **Szkoła Podstawowa nr 3 im. Jana Pawła II, 44-300 Wodzisław Śląski, ul. 26 Marca 9** na:

[ ] przegląd stomatologiczny naszego dziecka,

[ ] leczenie stomatologiczne naszego dziecka

w gabinecie **Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „LEXSTOM”, ul. 26 marca 164, 44-300 Wodzisław Śląski**.

Dojazd do gabinetu będzie się odbywać środkami komunikacji miejskiej w obecności nauczyciela.

**(w przypadku wyrażenia zgody proszę zaznaczyć krzyżyk [X] )**

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

*(imię i nazwisko dziecka, wiek)*

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

*Zgodnie z art.13 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 (zwanej dalej RODO****) Szkoła Podstawowa nr 3 im. Jana Pawła II*** *informuje, że:*

1. *Administratorem Danych Osobowych jest* ***Szkoła Podstawowa nr 3 im. Jana Pawła II****,* ***44-300*** ***Wodzisław Śląski***, ***ul. 26 Marca*** ***9****,* *zwanym dalej* ***Szkoła Podstawowa nr 3 im. Jana Pawła II****;tel.* ***32 455 23 58****, e-mail:* ***sp3@wodzislaw-slaski.pl****;*
2. *Kontakt z Inspektorem ds. Ochrony Danych (osobą odpowiedzialną za prawidłowość przetwarzanie danych)*: ***e-mail: iodo@marwikpoland.pl****).*
3. *Dane osobowe przetwarzane będą w celu prowadzenia czynności objętych niniejszą zgodą zgodnie z wyrażoną przez Panią/Pana zgodą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a RODO;*
4. *Odbiorcą danych osobowych jest w/w Gabinet, mogą być również podmioty zajmujące się ratowaniem zdrowia lub życia;*
5. *Dane osobowe nie będą przekazane odbiorcom do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;*
6. *Wyżej wymienione dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do ratowania i poprawy zdrowia dziecka, przy czym jest to okres nie krótszy niż pobyt dziecka w placówce* ***Szkoła Podstawowa nr 3 im. Jana Pawła II****;*
7. *Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych dotyczących osoby, której dane dotyczą, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych;*
8. *Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;*
9. *Posiada Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego:* ***Urząd Ochrony Danych Osobowych,*** *ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa*
10. *Wyrażenie zgody jest dobrowolne, jednak jej nie wyrażenie uniemożliwi prowadzenie czynności objętych niniejszą zgodą i może mieć wpływ na ratowanie zdrowia dziecka;*
11. *Administrator Danych Osobowych nie podejmuje w sposób zautomatyzowany decyzji oraz nie profiluje danych osobowych;*
12. *Administrator Danych Osobowych nie planuje dalej przetwarzać danych osobowych w celu innym niż cel, w którym dane osobowe zostaną zebrane.*

..……………………………………………….

*(data i czytelny podpis obojga rodziców lub prawnych opiekunów)*