



ZGODA RODZICA/OPIEKUNA NA BADANIE
DO MODUŁU II

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA.....
PESEL.....
DATA URODZENIA.....
NAZWA SZKOŁY I KLASA.....
NR TEL RODZICA/OPIEKUNA:.....
E-mail:.....

Wyrażam / nie wyrażam* zgodę na przeprowadzenie badania dotyczącego otyłości w dniu..... mojego dziecka przez lekarza pediatrę celem zakwalifikowania do programu „Jestem zdrowa/y - program leczenia chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci w powiecie sokołowskim,, - .Program współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi priorytetowej IX Wspieranie wyłączenia społecznego i walka z ubóstwem, Działania 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej, Poddziałanie 9.2.2 Zwiększenie dostępności Usług Zdrowotnych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

Proszę o zwrot zgody do dnia..... niedostarczenie w podanym terminie oznacza nie wyrażenie zgody na badanie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji do celów związanych z wyżej wymienionym programem zgodnie z obowiązującym prawem.

1.administratorem danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokołowie Podlaskim, 08-300 Sokołów Podlaski, ul. ks. J. Bosko

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis rodzica/opiekuna

*** nie potrzebne skreślić**