POWIAT
LUBIŃSKI

.....
(miejscowość, data)

PROGRAM PROFILAKTYKI
PRÓCHNICY ZĘBÓW U DZIECI
z Powiatu Lubińskiego

OŚWIADCZENIE

RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH

(niepotrzebne skreślić)

Wyrażamy zgodę na udział (imię i nazwisko dziecka) .....

zamieszkały/zamieszkała* w ..... (proszę wpisać tylko miejscowość)

nr PESEL ..... w programie polityki zdrowotnej Powiatu Lubińskiego

pn. „Program profilaktyki próchnicy zębów u dzieci z Powiatu Lubińskiego".

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka dla celów związanych z „Programem profilaktyki próchnicy zębów u dzieci z Powiatu Lubińskiego" zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi ochrony danych osobowych. Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

WYMAGANY JEST PODPIS OBOJGA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH*

.....
*imię i nazwisko rodzica /opiekuna prawnego**

.....
*imię i nazwisko rodzica /opiekuna prawnego**

* niepotrzebne skreślić