

OŚWIADCZENIA

Szczecin,

OŚWIADCZENIE RODZICÓW W SPRAWIE OPIEKI STOMATOLOGICZNEJ W SZKOLNYM GABINECIE STOMATOLOGICZNYM

Dot. ucznia:
(imię i nazwisko ucznia) (klasa)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na objęcie mojego syna / mojej córki leczeniem stomatologicznym w szkolnym gabinecie stomatologicznym.

Klauzula informacyjna

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych jest dobrowolna i można ją wycofać w dowolnym momencie. Brak podania danych będzie skutkował niemożliwością realizacji celu przetwarzania (leczenie stomatologiczne). Wycofanie zgodny nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Administratorem danych jest Szkoła Podstawowa nr 16 im. Szczecińskich Olimpijczyków w Szczecinie: iod@spnt.pl. Dane przetwarzane są na podstawie zgody (art. 6 ust. 1 lit. a i art. 9 ust. 2 lit. a RODO) oraz art. 6 ust. lit. b RODO w celu realizacji obowiązku prawnego w związku z art. 12 ustawy z dn. 7 września 1991 r. o systemie oświaty oraz Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 kwietnia 1992 r. w sprawie warunków i sposobu organizowania nauki religii w publicznych przedszkolach i szkołach (Załącznik do obwieszczenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 maja 2020 r. poz. 983). Dane będą przetwarzane do czasu odwołania zgody. Odbiorcami danych mogą być tylko podmioty uprawnione, w tym na podstawie umów powierzenia przetwarzania danych osobowych. Mają Państwo prawo: do dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania oraz prawo do ich przenoszenia. Mają Państwo prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznają Państwo, że przetwarzanie przez Administratora danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych. Przetwarzanie Państwa danych nie będzie podlegało zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

OŚWIADCZENIA

Szczecin,

OŚWIADCZENIE RODZICÓW W SPRAWIE **REZYGNACJI Z OPIEKI STOMATOLOGICZNEJ** W SZKOLNYM GABINECIE STOMATOLOGICZNYM

Dot. ucznia:
(imię i nazwisko ucznia) (klasa)

Oświadczam, że **nie wyrażam** zgody na objęcie mojego syna / mojej córki leczeniem stomatologicznym w szkolnym gabinecie stomatologicznym.

Klauzula informacyjna

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych jest dobrowolna i można ją wycofać w dowolnym momencie. Brak podania danych będzie skutkował niemożliwością realizacji celu przetwarzania (leczenie stomatologiczne). Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Administratorem danych jest Szkoła Podstawowa nr 16 im. Szczecińskich Olimpijczyków w Szczecinie: iod@spnt.pl. Dane przetwarzane są na podstawie zgody (art. 6 ust. 1 lit. a i art. 9 ust. 2 lit. a RODO) oraz art. 6 ust. lit. b RODO w celu realizacji obowiązku prawnego w związku z art. 12 ustawy z dn. 7 września 1991 r. o systemie oświaty oraz Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 kwietnia 1992 r. w sprawie warunków i sposobu organizowania nauki religii w publicznych przedszkolach i szkołach (Załącznik do obwieszczenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 maja 2020 r. poz. 983). Dane będą przetwarzane do czasu odwołania zgody. Odbiorcami danych mogą być tylko podmioty uprawnione, w tym na podstawie umów powierzenia przetwarzania danych osobowych. Mają Państwo prawo: do dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania oraz prawo do ich przenoszenia. Mają Państwo prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznają Państwo, że przetwarzanie przez Administratora danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych. Przetwarzanie Państwa danych nie będzie podlegało zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.