Załącznik nr 3a
do informacji w zakresie
opieki zdrowotnej

……..
(imię i nazwisko rodzica)

……
(adres zamieszkania)

Czernina, dn……

UPOWAŻNIENIE DO WYKONYWANIA INNYCH CZYNNOŚCI MEDYCZNYCH DZIECKU Z CHOROBĄ PRZEWLEKŁĄ/NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Ja, niżej podpisany
……

(imię, nazwisko rodzica)

upoważniam Panią/Pana
……
(imię, nazwisko nauczyciela/pracownika)

do wykonywania innych czynności medycznych podczas pobytu mojego dziecka

……w Szkole Podstawowej w Czerninie
(imię, nazwisko dziecka)
w roku szkolnym……..

Opis czynności
……

……

……

Do upoważnienia dołączam aktualne zaświadczenie lekarskie o konieczności wykonywania innych czynności medycznych podczas pobytu w szkole.

……
(imię, nazwisko rodzica)

Dz. U. z dnia 11 czerwca 2019r., Poz. 1078 – ustawa z dn.. 12.04.2019r.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych.