**OŚWIADCZENIE DLA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH UCZNIÓW**

Wyrażam zgodę na udział ..........................................................................................................

*imię i nazwisko ucznia*

ucz. klasy ........................................ w programie zdrowotnym pn. *Program profilaktyki wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu wśród uczniów w wieku 10-14 lat z terenu województwa lubelskiego na lata 2018 -2020.*

*.............................................*

*podpis rodzica/opiekuna*

*........................................................*

*miejscowość, data*

Ja, niżej podpisany (a), wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych

............................................................... wyłącznie w celach

*imię i nazwisko ucznia*

rozliczeniowo - sprawozdawczych na potrzeby Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włodawie

- zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami) i umową nr 120/RPLU.11.02.00-06-0083/18-00 z dnia 04.03.2019 na realizację programu zdrowotnego pn*. Program profilaktyki wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu wśród uczniów w wieku 10-14 lat z terenu województwa lubelskiego na lata 2018 -2020.*