

În situația în care prelucrarea de date cu caracter personal în scopurile amintite vă afectează drepturile și interesele, ori sunteți interesat de o informare mai amplă legată de aceasta, vă rugăm să vă adresați Responsabilului cu protecția datelor cu caracter personal din cadrul cabinet medical, la adresa de e-mail @gma.ro conform articolului 38 alineat 4 din REGULAMENTUL nr. 679 din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

Subsemnata/ul _____, părinte/reprezentant legal al elevei/elevului _____, născut la data _____, cu domiciliul stabil _____, număr de telefon _____, înscris în clasa _____, am fost informat în legătură cu activitatea cabinetului medical școlar, sunt de acord cu folosirea datelor cu caracter personal în scopuri medicale și îmi exprim **acordul cu privire la efectuarea acțiunilor cu caracter profilactic în cabinetul medical școlar** (triaj epidemiologic, alte acțiuni de combatere a răspândirii bolilor infecțioase în colectivitate, examen periodic și de bilanț al stării de sănătate a copilului meu, acțiuni de educație pentru sănătate).

NUME ȘI PRENUME PĂRINTE

SEMNĂTURA