

Imię i nazwisko :.....

Numer telefonu:.....

Dotyczy:.....

**(imię i nazwisko dziecka przyrowadzonego na badanie)**

**badanej/ego dnia.....przez.....**

**Zobowiązuję się do powiadomienia poradni, jeżeli w ciągu 10 dni od wizyty w poradni wystąpią objawy zakażenia Covid-19.**

Dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z art. 9 ust. 2 lit i art. 6 ust. 1 lit d art. 6 ust. 1 lit. a i art. 9 ust. 2 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/678 z dnia 27 kwietnia 2016r.

**Dane będą przechowywane przez okres 10 dni od wizyty w poradni.**

Pełna treść klauzuli znajduje się pod adresem: <http://ppp19.eu/o-poradni/informacjadotyczaca-przetwarzania-danychosobowych/>

Jednocześnie potwierdzam, że zapoznano mnie z klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony danych osobowych obowiązującą w poradni.

.....

**(czytelny podpis/ czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna dziecka)**