**Załącznik nr 2**

…………………………………..

(Miejscowość, data)

……………………………………………………

(Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego ucznia/dziecka)

……………………………………………………

……………………………………………………

(adres zamieszkania)

**Zgoda Rodzica/ Opiekuna prawnego**

**ucznia/dziecka przewlekle chorego lub niepełnosprawnego**

Ja, niżej podpisana/y ………………………………………………………………………………………..

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego małoletniego ucznia)

na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami **wyrażam zgodę**

wobec objęcia pozostającej/ego pod moją opieką

….……………………………………………………………………………………….………

(imię i nazwisko małoletniego ucznia/dziecka )

profilaktyczną opieką zdrowotną, sprawowaną przez pielęgniarkę środowiska nauczania

i wychowania.

…………………….…………………………………………..

(czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego ucznia/dziecka)

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych oraz Państwa dziecka jest Dyrektor Zespołu Szkolno – Przedszkolnego w Gomunicach.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych (IOD), który w jego imieniu nadzoruje sferę przetwarzania danych osobowych. Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania Administratora Danych, a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych pod adresem email : [kontakt@iszd.pl](mailto:kontakt@iszd.pl).
3. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych oraz danych Państwa dziecka odbywa się na **podstawie dobrowolnie wyrażonej zgody.**
4. Administrator przetwarza Państwa dane osobowe w ściśle określonym, minimalnym zakresie niezbędnym do osiągnięcia celu, na podstawie przepis prawa: Ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami z dnia 12 kwietnia 2019r. (Dz.U. z 2019r. poz. 1078).
5. Okres przechowywania przetwarzanych danych osobowych: do zakończenia edukacji w placówce, licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.