



Zgoda na badanie przesiewowe słuchu



Imię i nazwisko dziecka

PESEL

Dziecko jest ubezpieczone w: ZUS KRUS

Uczeń klasy Szkoły Podstawowej

Wyrażam zgodę na wykonanie badań słuchu u mojego dziecka w ramach realizacji „**Programu badań przesiewowych słuchu u dzieci ze szkół podstawowych z terenów wiejskich Polski zachodniej**” oraz na wykorzystanie wyników badań do prac naukowo-badawczych prowadzonych przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu.

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

Adres do korespondencji

–

Telefon kontaktowy e-mail

.....
data

.....
podpis rodzica/prawnego opiekuna dziecka

Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu.
Przystępuję mi prawo wglądu oraz poprawienia moich danych osobowych. (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych, Dz.U. Nr 133, poz.833).



Zgoda na badanie przesiewowe słuchu



Imię i nazwisko dziecka

PESEL

Dziecko jest ubezpieczone w: ZUS KRUS

Uczeń klasy Szkoły Podstawowej

Wyrażam zgodę na wykonanie badań słuchu u mojego dziecka w ramach realizacji „**Programu badań przesiewowych słuchu u dzieci ze szkół podstawowych z terenów wiejskich Polski zachodniej**” oraz na wykorzystanie wyników badań do prac naukowo-badawczych prowadzonych przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu.

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

Adres do korespondencji

–

Telefon kontaktowy e-mail

.....
data

.....
podpis rodzica/prawnego opiekuna dziecka

Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu.
Przystępuję mi prawo wglądu oraz poprawienia moich danych osobowych. (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych, Dz.U. Nr 133, poz.833).