

Informovaný súhlas rodiča/zákonného zástupcu dieťaťa

Dolupodpísaný/á, ako zákonný/á zástupca/kyňa

..... (meno a priezvisko dieťaťa)

..... (vek dieťaťa)

súhlasím s preventívnym meraním zrakových parametrov môjho dieťaťa **prístrojom Plusoptix**.

Svojim podpisom potvrdzujem, že som bol/a informovaný/á o tom, že preventívne meranie zrakových parametrov prístrojom Plusoptix má diagnosticko - informatívny charakter, a že nenahrádza odborné vyšetrenie u detského očnému lekárovi.

Zároveň svojim podpisom potvrdzujem, že som sa oboznámil/a s priebehom preventívneho merania a uvedomujem si, že toto meranie nemôže mať negatívne následky na zdravie môjho dieťaťa.

- Súhlasím **so spracovaním osobných údajov môjho dieťaťa a mojich osobných údajov** v zmysle nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27.04.2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov a v zmysle Zákona NR SR č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

ÁNO

NIE

- **Súhlasím s evidovaním výsledkov** preventívneho merania zrakových parametrov môjho dieťaťa pre potreby štatistického spracovania poskytnutých služieb a pre potreby kontroly vývoja zrakových parametrov pri opätovnom meraní zrakových parametrov môjho dieťaťa maximálne po dobu 3 rokov od merania.

ÁNO

NIE

- **Súhlasím s poskytnutím osobných údajov** v nevyhnutnom a požadovanom rozsahu orgánom štátnej správy a samosprávy; účelom poskytnutia týchto údajov je preukázanie poskytovania sociálnych služieb Úniou nevidiacich a slabozrakých Slovenska.

ÁNO

NIE

Prehlasujem, že ako zákonný zástupca dieťaťa som bol informovaný v zmysle § 19 zákona č. 18/2018 Z.z. o svojich právach v súvislosti so spracúvaním osobných údajov.

Meno a priezvisko zákonného/ej zástupcu/kyne:

.....

V, dňa:

.....

.....

podpis zákonného/ej zástupcu/kyne