Załącznik Nr 4 do umowy

**„PROGRAM WCZESNEGO WYKRYWANIA WAD SŁUCHU U DZIECI W WIEKU 6 LAT ZAMIESZKAŁYCH NA TERENIE MIASTA CHORZÓW”**

**finansowane z budżetu Miasta Chorzów**

**FORMULARZ ZGODY\***

**na badanie słuchu metodą audiometrii tonalnej / konsultację lekarza ze specjalizacją w zakresie otolaryngologii dziecięcej oraz / lub lekarza ze specjalizacją z zakresu audiologii**

Imię i nazwisko dziecka ….............................................................................................................

PESEL dziecka ….........................................................................................................................

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego …...............................................................................

adres zamieszkania dziecka: kod pocztowy …..-............. Chorzów, dzielnica ….......................... ulica …...................................................., nr domu ...…....., nr mieszkania …........

tel. rodzica/opiekuna prawnego …...........................................................................

\* Wyrażam zgodę na badanie słuchu metodą audiometrii tonalnej/konsultację lekarza ze specjalizacją w zakresie otolaryngologii dziecięcej lub/ oraz audiologii, w ramach realizowanego „Programu wczesnego wykrywania wad słuchu u dzieci w wieku 6 lat zamieszkałych na terenie Miasta Chorzów”. oraz na przetwarzanie przez MIASTO CHORZÓW - MIASTO NA PRAWACH POWIATU danych osobowych dziecka w celach związanych z realizacją ww. badań. Podane dane osobowe podlegają ochronie prawnej na podstawie przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 poz. 922 ze zm.).

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

data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego