

## ACORD PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL ALE COPILULUI

Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București, este alături de dumneavoastră prin intermediul echipei de medici și asistenți medicali din cadrul Rețelei de Medicină – cabinete de medicină generală și medicină stomatologică.

În timpul programului școlar, copiii sunt neînsoțiți de către dumneavoastră, astfel că, **în situații de urgență medicală**, este esențial să avem informațiile medicale complete ale acestora pentru a putea interveni prompt cu măsurile corecte. Pentru a optimiza acest proces, Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București a demarat procedurile necesare pentru **digitalizarea cabinetelor medicale școlare**, respectiv implementarea unui **program informatic în toate cabinetele de medicină generală și medicină stomatologică din cadrul unităților de învățământ preuniversitar de stat** care să eficientizeze activitatea cadrelor medicale, să îmbunătățească comunicarea acestora cu părinții/tutorii legali ai elevilor prin transmiterea în timp real, pe e-mail, către aceștia a informațiilor privind consultația, tratamentul precum și diagnosticul preșcolarului / elevului.

În acest sens, vă rugăm să completați rubricile de mai jos:

**Numele și prenumele elevului**.....  
**Sexul**.....  
**Data nașterii elevului**.....  
**CNP**.....  
**Adresa de domiciliu**.....  
**Adresa de reședință (unde este cazul)**.....  
**Clasa/Grupa**.....  
**Instituția de învățământ**.....  
**Grupa sangvină**.....  
**RH (pozitiv/negativ)**.....  
**Numele și prenumele părintelui/reprezentantului legal**.....  
**Telefoane de contact**.....  
**Adresa de e-mail (a se completa cu majuscule)**.....

Prin completarea acestui formular vă exprimați acordul în vederea utilizării și prelucrării datelor cu caracter personal și medical de către personalul medical din cadrul cabinetului de medicină școlară și de către operatorul desemnat de către A.S.S.M.B. pentru completarea bazei de date.

Menționăm că datele completate nu vor fi distribuite terților. Utilizarea datelor cu caracter personal și medical în alte scopuri decât cele descrise mai sus sau transmiterea acestora către terți, fără acordul dumneavoastră, este strict interzisă.

**Subsemnatul/a declar că am citit și sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal și medical de către personalul medical din cabinetele medicale școlare și de către operatorul desemnat de A.S.S.M.B.**

**Mulțumim anticipat pentru depunerea Notei de informare și a Acordului privind prelucrarea datelor cu caracter personal și medical ale copilului până la data de 29.01.2021 la cabinetul medical școlar sau , după caz, la secretariatul unității de învățământ.**

**Data**

**Semnătură părinte/tutore**

.....

.....