

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Πειραιάς,/...../.....

Οι υπογεγραμμένοι και
 με την ιδιότητα των ασκούντων τη γονική μέριμνα/κηδεμονία του/της
 με **ΑΜΚΑ**:.....,
 ΦΥΛΟ:..... μαθητή/τριας της τάξης του.....
 Σχολείου..... ΔΗΛΩΝΟΥΜΕ ΥΠΕΥΘΥΝΑ ότι:

Συναινούμε όπως κάνει ΟΛΕΣ τις παρακάτω εξετάσεις ή

Συναινούμε όπως κάνει μόνο τις παρακάτω εξετάσεις που σημειώνουμε με X:

ΕΓΚΡΙΣΗ	ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ
	παθολογική εξέταση
	καρδιολογική εξέταση
	πνευμονολογική εξέταση
	BMI- δείκτης μάζας σώματος (μέτρηση ύψους και βάρους)

Οι εξετάσεις θα πραγματοποιηθούν από ιατρούς και νοσηλευτές της CosmoClinic, τηρώντας όλα τα απαραίτητα μέτρα ασφαλείας, και θα είναι δωρεάν.

Επίσης, δηλώνουμε υπεύθυνα ότι ενημερωθήκαμε από την CosmoClinic για την Πολιτική που τηρεί σχετικά με την Προστασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα Ασθενούς, αποδεχόμαστε τους όρους αυτής και συναινούμε να προβεί σε επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων του/της μαθητή/τριας μόνο για την παροχή προς αυτόν/ήν υπηρεσιών υγείας και όχι για προωθητικούς σκοπούς.

Συναινούμε όπως οι απαντήσεις των εξετάσεων και οι ιατρικές διαγνώσεις δοθούν σε κλειστό φάκελο στη διεύθυνση του σχολείου και όπως ο κλειστός φάκελος παραδοθεί προσωπικά στον/στην μαθητή/τρια.

Απαιτείται η συγκατάθεση και των δύο ατόμων που ασκούν τη γονική μέριμνα ή άλλων προσώπων που εκπροσωπούν νομίμως το ανήλικο παιδί.

Ο/Η ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ

Ο/Η ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ

(Ολογράφως και υπογραφή)

(Ολογράφως και υπογραφή)



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



Διεύθυνση Διαχείρισης Δράσεων ΟΧΕ/ΒΑΑ
Ενδιάμεσος Φορέας Διαχείρισης ΕΠ «Αττική» 2014-2020



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΑΤΤΙΚΗΣ



ανάπτυξη - εργασία - αλληλεγγύη

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

📍 Αιτωλικού 55-57, Πειραιάς 185 45 ☎ 210 46 11 204-206 📠 697 46 11 204

🌐 www.cosmoclinic.gr ✉ info@cosmoclinic.gr