

---

## SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ – žádost o zaslání výsledků e-mailem za účelem obeznámení pacienta či zákonného zástupce o zdravotním stavu

Žádám, aby Skupina AeskuLab, kontaktní adresa Evropská 2584/33b, 160 00 Praha 6, zasílala po dobu povinnosti testování na SARS-CoV-2 žáků ve školách laboratorní výsledky vyšetření na mnou uvedenou e-mailovou adresu.

Jsem si vědom/a, že zasláný výsledek bude pro zvýšení zabezpečení osobních údajů chráněn heslem, které mi bude zasláno na mnou poskytnuté mobilní telefonní číslo.

Jsem si vědom/a, že laboratoř nenese odpovědnost za možné zneužití mých osobních údajů, které vyplývá se zaslání výsledků e-mailem.

***Žádáme o vrácení souhlasu do 20. 5. 2021, souhlas je platný do 30. 6. 2021.***

Pacient – žák ZŠ Hostýnská, Praha 10.

Jméno a příjmení: .....

Třída: .....

Datum narození: .....

Číslo pojištěnce/rodné číslo: .....

Trvalý pobyt: .....

**E-mail zákonného zástupce (ČITELNĚ, HŮLKOVÝM PÍSMEM):**

Telefon na zákonného zástupce:

**Souhlas se zpracováním osobních údajů:**

Beru na vědomí, že v této souvislosti může dojít ke zpracování osobních údajů, a proto pro případy, kdy to je právními předpisy (zejména Nařízením Evropského Parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů (GDPR) či zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracovávání osobních údajů) vyžadováno, svobodně uděluji svůj souhlas se zpracováním osobních údajů, které jsou v této souvislosti poskytovány.

Beru na vědomí, že osobní údaje jsou zpracovávány pro účely poskytnutí zdravotní péče a služeb s tím spojených v souladu s platnými a účinnými právními předpisy České republiky.

Více informací naleznete na <https://www.aeskulab.cz/gdpr/>

V ..... dne .....

Podpis .....

V ..... dne .....

Podpis pracovníka laboratoře .....