

Poznań, dnia

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na ujawnienie niżej wymienionych danych w celu przetwarzania ich przez Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu, ul. Adama Wrzosa 1, w związku z obowiązkiem wynikającym z *Ustawy o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym* z dnia 13 maja 2016 r. (Dz. U. nr 2023, poz. 1304 ze zm.)

Imię matki

Imię ojca

Adres email

Data urodzenia

Nazwisko rodowe

Numer pesel

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie