[서식2] 동의서

인천광역시 아동 치과주치의 참여 신청 및 개인정보 활용 동의서

안녕하십니까?
아동(초등학생 5학년 대상) 치과주치의사업이 시행됨에 따라 대상 학생 확인과 사전안내, 구강검진, 구강보건교육, 예방적 구강진료서비스 제공, 의료비 지급을 위해 인천광역시(00보건소)는 개인정보 및 검진결과 등을 수집・이용・제공하고자 합니다.
본 사업과 관련하여 만 14세 미만 자녀의 개인정보를 활용하고자 할 경우 『개인정보보호법』 제15조 및 제22조에 따라 법정대리인의 동의를 얻어야 하므로, 아래의 개인정보 수집・이용・제공의 내용을 숙지하시고 동의하여 주시기 바랍니다.

<개인정보 수집·이용·제공>

1. 수집·이용·제공 목적 : 치과주치의사업 대상자 확인, 치과진료 기록 관리 및 인천광역시 초등학생 구강관리 사업평가 및 연구에 활용
2. 수집하려는 개인정보의 항목 : 소속, 성명, 성별, 생년월일, 전화번호, 진료 및 시술 기록 등
3. 개인정보의 보유 및 이용기간 : 수집하는 개인정보 항목이 진료기록에 해당하는 사항으로『의료법』시행규칙 제15조에 의거하여 10년 보존 할 수 있습니다.
4. 개인정보 수집·이용·제공 동의에 거부 할 수 있으나, 이 경우에는 사전통지 없이 치과주치의사업 지원이 제한됩니다.
5. 정보주체의 권리 : 개인정보 제공 후 제공된 개인정보 이용을 거부하고자 할 때에는 개인정보보호책임자를 통해 열람, 정정 및 삭제를 요구할 수 있습니다.

개인정보 수집 및 이용에 동의하십니까?	□ 동의함□ 동의하지 않음
고유식별정보 처리에 동의하십니까?	□ 동의함□ 동의하지 않음
개인정보를 제3자 (인천광역시) 제공에 동의하십니까?	□ 동의함□ 동의하지 않음
민감정보(구강검진결과 등) 처리에 동의하십니까?	□ 동의함□ 동의하지 않음
치과주치의 전산화 시스템(Denti-i) 개인정보 제공에 동의하십니까?	□ 동의함□ 동의하지 않음

위 내용과 같이 자녀의 개인정보(소속, 성명, 성별, 생년월일, 전화번호, 진료 및 시술 기록 등)을 보건소와 치과 병·의원에서 수집·이용하거나 제3자 (인천광역시)에 제공할 수 있음을 이해하였기에 동의하며, 아동 치과주치의 제도 참여를 신청합니다.

2023 년 월 일

( ) 초등학교 5학년 ____반 ____번 _____성명

보 호 자 : 서명

( ) 보건소장 귀하