Bergs kommun
Bïerjen tjïelte

Utbildningsnämnden
Box 73, 845 21 Svenstavik
0687-161 00

SAMTYCKE
- Hälsosamtal i skolan

Hälsosamtalet i skolan, samtycke till lagring och uttag av data
Elever vid skolor i Bergs kommun erbjuds möjlighet att via dator, telefon, surfplatta eller pappersblankett svara på ett validerat elevhälsoformulär om sin hälsa och sina levnadsvanor. Eleven får inte uppge namn eller personnummer då formuläret fylls i. Svaren kopplas mot en för eleven unik kod och svaren lagras pseudoanonymiserat, vilket innebär att enskild elev inte kan identifieras.

Uppgifterna delas med Region Jämtland Härjedalen och används för Bergs kommuns och Region Jämtland Härjedalens hälsofrämjande arbete. Kommunen kan se svar på klass/program och skolnivå. Region Jämtland/Härjedalen kan se data på kommun- och länsnivå. Enbart skolsköterska kan, via den för eleven unika koden, hämta svar för en enskild individ, detta görs i samband med hälsosamtalet, då en standardiserad metod för mätning av längd och vikt används.

Personuppgiftsansvarig myndighet är Utbildningsnämnden i Bergs kommun. Region Jämtland Härjedalen är personuppgiftsbiträde till Bergs kommun och hanterar informationen på Bergs kommuns uppdrag.

Samtycket är giltigt tills vidare. Du har rätt att när som helst återkalla ditt samtycke genom att kontakta skolsköterskan på din skola eller verksamhetschefen för elevhälsans medicinska del. Observera dock att ett återkallande av ditt samtycke inte påverkar lagligheten av behandlingen innan samtycket återkallades.

Du har rätt att kontakta Bergs kommun för att få information om vilka uppgifter som behandlas om dig eller för att begära rättelse, överföring, radering eller begränsning av dina personuppgifter. Du kan även kontakta vårt dataskyddsombud på dataskyddsombud@berg.se. Du har även rätt att inge klagomål till tillsynsmyndigheten Datainspektionen om du tycker att dina personuppgifter har hanterats på ett felaktigt sätt. Du kan läsa mer om Bergs kommuns behandling av personuppgifter på: www.berg.se/gdpr.

Samtycke - Underskrifter
Jag samtycker till att Elevhälsan behandlar personuppgifter om mitt barn/mig i enlighet med ovanstående.

☐ **Ja**, jag samtycker ☐ **Nej**, jag samtycker inte

Elevens namn	**Elevens personnummer**

Datum

....
Underskrift vårdnadshavare 1* **Underskrift vårdnadshavare 2**

*Elevhälsans medicinska insatser utgår från, om annan information inte finns, att föräldrar med gemensam vårdnad agerar i samförstånd om enbart en av dem skriver under.