

Włocławek, dnia

ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH*

Ja niżej podpisana/podpisany

Numer telefonu:

- I. **Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody*** na przeprowadzenie **badania kwalifikującego i wykonanie szczepienia ochronnego** przeciw zakażeniu wirusem brodawczaka ludzkiego HPV (dwie dawki szczepionki) w ramach „**Programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) miasta Włocławek na lata 2022-2025**” mojego dziecka:

..... PESEL

(imię i nazwisko dziecka)

zam.

Córka uczęszcza do

(nazwa szkoły)

- II. Oświadczam, że **zapoznano/nie zapoznano mnie*** z zasadami i terminami realizacji szczepień oraz potencjalnymi działaniami niepożądanymi szczepionki.
- III. **Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody*** na przetwarzanie danych osobowych moich i córki/podopiecznej **TYLKO i WYŁĄCZNIE** na potrzeby związane z realizacją „Programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) Miasta Włocławek na lata 2022-2025” Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1)

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)*

* niepotrzebne skreślić