

Zgoda na udział w „Programie Profilaktyki Zakażeń Wirusem Brodawczaka Ludzkiego (HPV) w Gminie Kozienice na lata 2022 – 2024.”

I. Dane rodzica/opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

II. Dane dziecka/uczestnika programu:

Imię		Data urodzenia
Nazwisko	/...../..... (dzień/miesiąc/rok)

III. Zgoda na wykonanie szczepienia dziecka:

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że uzyskałem/am informacje dotyczące szczepienia przeciw HPV oraz otrzymałem/am wyczerpujące i satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział mojego dziecka w szczepieniu i jestem świadomy/a faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części szczepienia bez podania przyczyny.

Nie wyrażam zgody na udział mojego dziecka w szczepieniu przeciw HPV.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie programu zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem (Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych t.j. Dz.U.2019. poz.1781)

.....
(data i czytelny podpis rodzica/opiekuna)