

OŚWIADCZENIE

o przystąpieniu do Programu Zdrowotnego w roku 2021 pn.: „Program Polityki Zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców Gminy Ustron na lata 2017-2022”

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na udział w programie oraz przekazanie w.w. danych osobowych do Urzędu Miasta Ustron mieszczącego się przy ul. Rynek 1 w Ustroniu jak i przetwarzanie na potrzeby związane z realizacją Programu Zdrowotnego w roku 2020 pn Program Polityki Zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców Gminy Ustron na lata 2017-2022”

2. Oświadczam, że poinformowano mnie o przysługujących mi prawach, w szczególności o dobrowolności podania danych osobowych, prawie dostępu do treści danych i ich poprawienia oraz możliwości odwołania niniejszej zgody w każdym czasie. Mam również świadomość, że brak zgody na przetwarzanie danych osobowych lub jej odwołanie jest równoznaczne z rezygnacją z udziału w przedmiotowym programie.

DANE DZIECKA BIORĄCEGO UDZIAŁ W PROGRAMIE/OSOBY DOROSŁEJ BIORĄCEJ UDZIAŁ W PROGRAMIE

Imię.....

Nazwisko.....

Adres.....

Data urodzenia.....

DAWKA.....

Nazwa przychodni, której podlega dziecko/osoby dorosłej biorącej udział w programie:

.....

Dane rodzica DZIECKA BIORĄCEGO UDZIAŁ W PROGRAMIE:

Imię.....

Nazwisko.....

Adres.....

Nr telefonu.....

Pesel.....

.....

Podpis rodzica dziecka biorącego udział w programie

Podpis osoby dorosłej biorącej udział