

PESEL dziecka: .....  
adres zameldowania dziecka: .....  
telefon komórkowy rodzica / opiekuna prawnego: .....  
imię, nazwisko lekarza rodzinnego dziecka: .....  
nazwa Poradni Dziecięcej dziecka .....  
nazwa i adres szkoły dziecka: .....

Poznań, dnia ..... 2018 r.

**Zgoda rodzica/opiekuna prawnego na szczepienie osoby nieletniej objętej świadczeniami bez osobistego udziału rodzica/opiekuna prawnego**

Ja, ..... Zam. ....  
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego) (adres zameldowania)

wyrażam zgodę na zaszczepienie mojego dziecka .....  
(imię i nazwisko dziecka)

trzema dawkami szczepionki Silgard firmy MSD.

.....  
(czytelny podpis rodzica)

*Niniejszym oświadczam, że zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016r., poz. 922, z 2018r. poz. 138. ze zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka/podopiecznego w tym danych wrażliwych przez Edictum Sp. z o.o. z siedzibą: ul. Mickiewicza 31; 60-835 Poznań dla potrzeb realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy wśród dziewcząt w wieku 14 lat i 15 lat zameldowanych na terenie Powiatu Poznańskiego.*

.....  
(czytelny podpis rodzica)

*Oświadczam, że zostałem/lam poinformowany/na iż administratorem danych osobowych moich i mojego dziecka/podopiecznego jest EDUCTIM Sp. z o.o. ul. Adama Mickiewicza 31, 60-835 Poznań. Dane osobowe zostały przekazane do EDICTUM Sp. z o.o. przez Urząd Gminy. Dane osobowe przetwarzane są przy zachowaniu zasad określonych w przepisach obowiązującego prawa, w tym w szczególności w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016r., poz. 922, z 2018r. poz. 138. ze zm.). Podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek obowiązkowe, jeśli osoba deklaruje chęć uczestnictwa w programie (Art. 32.ust.1.pkt.2). Każdy uczestnik programu posiada prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz do ich poprawiania, jak również odwołania zgody na ich przetwarzanie, zgodnie z obowiązującymi przepisami.*

.....  
(czytelny podpis rodzica)

*Wyrażam zgodę na przekazanie informacji o szczepieniu mojego dziecka/podopiecznego do lekarza rodzinnego mojego dziecka/podopiecznego.*

.....  
(czytelny podpis rodzica)

*Oświadczam, iż moje dziecko jest zameldowane na terenie gminy..... powiatu poznańskiego.*

.....  
(czytelny podpis rodzica)