wzór nr 4

OŚWIADCZENIE

o przystąpieniu do "Programu Polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Mieście Ustroń na lata 2016-2018":

DANE DZIECKA

Imię.....

Nazwisko.....

Adres.....

Data urodzenia.....

Nazwa przychodni, której podlega dziecko:

Dane rodzica:

Imię.....

Nazwisko.....

Adres.....

Nr telefonu.....

Pesel.....

Oświadczam, ze wyrażam zgodę na udział w programie oraz przekazanie w.w. danych osobowych do Urzędu Miasta Ustroń mieszczącego się przy ul. Rynek 1 w Ustroniu jak i przetwarzanie na potrzeby związane z realizacją Programu Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Mieście Ustroń na lata 2016-2018":

Oświadczam, ze poinformowano mnie o przysługujących mi prawach, w szczególności o dobrowolności podania danych osobowych, prawie dostępu do tresci 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.

.....

(imię i nazwisko oraz podpis rodzica/opiekuna prawnego uczestnika programu)