

OŚWIADCZENIE

o przystąpieniu do Programu Zdrowotnego w roku 2017 pn.: „Szczepienia profilaktyczne przeciwko pneumokokom dla dzieci w wieku do 3 lat zamieszkałych na terenie Miasta Ustroń będących pod opieką żłobków znajdujących się na terenie Miasta Ustroń.”

DANE DZIECKA

Imię.....

Nazwisko.....

Adres.....

Data urodzenia.....

Nazwa przychodni, której podlega dziecko:

Dane rodzica:

Imię.....

Nazwisko.....

Adres.....

Nr telefonu.....

Pesel.....

Oświadczam, że 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 Zdrowotnego w roku 2017 pn.: „Szczepienia profilaktyczne przeciwko pneumokokom dla dzieci w wieku do 3 lat zamieszkałych na terenie Miasta Ustroń będących pod opieką żłobków znajdujących się na terenie Miasta Ustroń.”

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.

.....

Podpis rodzica