Wzór Nr 5

OŚWIADCZENIE

o przystąpieniu do Programu Zdrowotnego w roku 2018 pn.: „Program Polityki Zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców Gminy Ustroń na lata 2017-2022”

1. 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 Zdrowotnego w roku 2018 pn Program Polityki Zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców Gminy Ustroń na lata 2017-2022”
2. Oświadczam, ze 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:

………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………..

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 w programie