

Uwaga!

Wypełniony formularz zgody na szczepienie przeciwko wirusowi HPV należy zabrać na pierwsze szczepienie.

### FORMULARZ ZGODY NA SZCZEPIENIE PRZECIWKO WIRUSOWI HPV

#### I. Dane osobowe:

Imię i nazwisko dziecka .....

Data urodzenia dziecka .....

Imię i nazwisko rodziców/opiekunów prawnych.....

.....tel:.....

Adres stałego zameldowania dziecka.....

II. Lekarz rodzinny dziecka oraz nazwa przychodni .....

.....

#### III. Sposób zaszczepienia dziecka (właściwe zakreślić):

- w obecności rodzica/opiekuna prawnego
- bez rodzica/opiekuna prawnego

**Wyrażam zgodę na podanie szczepionki mojej córce.**

.....  
data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

**Nie wyrażam zgody na podanie szczepionki mojej córce.**

.....  
data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

**INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH DLA UCZESTNIKÓW PROGRAMU PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ WIRUSEM HPV DLA MIASTA KOSZALINA w 2021r.**

- 1.** Przetwarzanie Pani/Pana danych odbywa się zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO (przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze), na podstawie art. 48 ust. 1, ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398) oraz art. 114 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711) w celu realizacji programu profilaktyki zakażeń wirusem HPV dla Miasta Koszalina w 2021r.
- 2.** Administratorem danych osobowych w rozumieniu treści art. 4 pkt 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, ul. Szpitalna 2, 75-720 Koszalin.
- 3.** Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem przystąpienia do programu. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości uczestniczenia w programie profilaktyki zakażeń wirusem HPV dla Miasta Koszalina w 2021r.
- 4.** Dane osobowe będą przekazane wyłącznie do zakładów opieki zdrowotnej realizujących program profilaktyki zakażeń wirusem HPV dla Miasta Koszalina w 2021r.
- 5.** Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat w siedzibie zakładu realizującego program zdrowotny zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie i standardami stosowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
- 6.** W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych ma Pani/Pan prawo do żądania dostępu do nich, ich sprostowania lub ograniczenia bądź sprzeciwu co do ich przetwarzania. Pani/Pana prawa mogą zostać ograniczone zgodnie z przepisami RODO.
- 7.** Gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi wobec ich przetwarzania do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą w Warszawie przy ul. Stawki 2.
- 8.** Jeżeli przetwarzanie danych odbywa się na podstawie Pani/Pana zgody na przetwarzanie danych osobowych ma Pani/Pan prawo do jej cofnięcia w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie ma wpływu na przetwarzanie Pani/Pana danych do momentu jej wycofania.
- 9.** Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.