



**Zgoda rodzica/opiekuna prawnego na szczepienie dziecka
w ramach Programu profilaktyki zakażeń wirusem
brodawczaka ludzkiego (HPV)**

Imię i nazwisko dziecka.....

PESEL dziecka.....

Adres zamieszkania dziecka.....

.....

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka.....

Telefon kontaktowy rodzica/opiekuna prawnego.....

Nazwa szkoły, do której uczęszcza dziecko.....

.....

Adres szkoły, do której uczęszcza dziecko.....

.....

**Wyrażam zgodę na szczepienie mojego dziecka w ramach Programu profilaktyki zakażeń wirusem
brodawczaka ludzkiego (HPV) finansowanego z budżetu Miasta Opola.**

Ponadto wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie wyżej podanych danych osobowych do celów związanych wyłącznie z realizacją przedmiotowego programu zgodnie z przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1781) oraz rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 4 maja 2016 r.).

.....
(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Jednocześnie oświadczam, że dziecko zameldowane jest na pobyt stały/czasowy* w Mieście Opolu (**).

.....
(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)

* niepotrzebne skreślić

** dotyczy wyłącznie dzieci uczęszczających do szkół poza granicami Miasta Opola

