Załącznik nr 4

do Regulaminu konkursu

…………………...., dnia.....................

(miejscowość)

ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE

**,,Program szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Białe Błota w wieku powyżej 65 lat realizowany w latach 2020-2025”**

Ja niżej podpisana/podpisany....................................................................................

zam. ...........................................................................................................................

numer telefonu\*...........................................................................................................

1. Zostałam/em poinformowana/y o przeciwwskazaniach do wykonania szczepienia, dających się przewidzieć następstwach i powikłaniach, zwiększeniu ryzyka zdrowotnego w przypadku niewykonania szczepienia, możliwości wystąpienia negatywnego odczynu poszczepiennego, który może powstać mimo prawidłowego wykonania szczepienia. Udzieliłem pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie stanu zdrowia, przyjmowanych leków, oraz przebytych urazów i zabiegów. Oświadczam, że podczas przeprowadzonego ze mną wywiadu oraz badania lekarskiego nie zataiłam / nie zataiłem istotnych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia. Informacja przekazana mi przez lekarza była dla mnie w pełni jasna i zrozumiała. W trakcie rozmowy z lekarzem miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania. Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższym tekstem i wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia przeciw grypie.
2. Zgodnie z art. 7 w zw. z art. 9 ust. 2 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia2016 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 (dalej: RODO),oświadczam, że wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zbieranych w procesie udzielania świadczenia zdrowotnego przez …………………… jako administratora tych danych, w celu udokumentowania udzielenia przeze mnie zgody na udział w programie polityki zdrowotnej. Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie. Oświadczam, że są one zgodne z prawdą oraz, że zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie, jasnym i prostym językiem.
3. Oświadczam, że zostałem poinformowany o treści art.13 [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)](https://uodo.gov.pl/pl/404/224) i przyjmuję do wiadomości że, administratorem danych osobowych wnioskodawcy jest ………….. z główną siedzibą ……………. której przedstawicielem jest ………….. Dane osobowe mogą być przetwarzane zgodnie z art…….. RODO tj. na podstawie ………………. w celu realizacji wniosku i wykonania usługi szczepienia. Dane osobowe w postaci imienia , nazwiska, adresu zamieszkania i wieku mogą być udostępnione organowi prowadzącemu program profilaktyki zdrowotnej w celu weryfikacji udzielanego świadczenia. Pytania w zakresie spraw związanych z ochroną danych osobowych należy kierować do ………….. na adres e-mail: …………….. Pozostałe informacje w zakresie przetwarzania danych osobowych można uzyskać na ………………………………………….

\* pole nieobowiązkowe  
 ................................................................

(czytelny podpis)