 Załącznik nr 1

do Umowy

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

(miejscowość)

ZGODA RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH\*\*

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

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

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

1. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*\*na przeprowadzenie badania kwalifikującego   
   i wykonanie szczepienia ochronnego przeciw zakażeniu wirusem brodawczaka ludzkiego HPV (dwie dawki szczepionki) w ramach **„PROGRAMU PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ WIRUSEM BRODAWCZAKA LUDZKIEGO (HPV) W GMINIE BIAŁE BŁOTA na lata 2020 – 2025”**
2. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*\* na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych dziecka pozostającego pod moją opieką prawną w ramach **„PROGRAMU PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ WIRUSEM BRODAWCZAKA LUDZKIEGO (HPV) W GMINIE BIAŁE BŁOTA na lata 2020 – 2025”**

mojego dziecka:

.................................................................................. .................................

(imię i nazwisko dziecka) (wiek dziecka w latach)

Córka mieszka w ........................................................................................

(adres zamieszkania)

**2.** Sposób zaszczepienia dziecka\*\*:

* w obecności rodzica/opiekuna prawnego
* bez rodzica/opiekuna prawnego

**3.** Oświadczam, że zapoznano/nie zapoznano mnie\*\* z zasadami i terminami realizacji szczepień oraz potencjalnymi działaniami niepożądanymi szczepionki.

**4.** 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 oraz podopiecznego jest Gmina Białe Błota z główną siedzibą Urzędu Gminy przy ul. Szubińskiej 7 której przedstawicielem jest Wójt Gminy Białe Błota. Dane osobowe moje i dziecka niepełnoletniego pozostającego pod moją opieką prawną na podstawie art.6 ust. 1 lit a oraz art.6 ust. 1 lit a w zw. z art. 8 RODO tj. na podstawie zgody. Podanie danych jest nieobowiązkowe ale brak podania danych uniemożliwia udział w Projekcie. Dane osobowe mogą być przekazane podmiotowi zewnętrznemu na podstawie umowy powierzenia danych osobowych w celu realizacji świadczenia. Pytania w zakresie spraw związanych z ochroną danych osobowych należy kierować do powołanego Inspektora ochrony danych osobowych na adres e-mail: iod@bialeblota.eu. Pozostałe informacje w zakresie przetwarzania danych osobowych można uzyskać na stronie internetowej www.bip.bialeblota.pl w zakładce Ochrona danych osobowych lub sekretariacie/biurze obsługi klienta Urzędu Gminy Białe Błota.

\* pole nieobowiązkowe  
\*\* niepotrzebne skreślić

................................................................

(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)