

Ciechanów, dnia.....

### ZGODA RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH\*

Ja niżej podpisana/podpisany.....

zam. ....

numer telefonu:.....

- I. **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)Gminy Miejskiej Ciechanów**”  
mojego dziecka:

..... PESEL .....

(imię i nazwisko dziecka)

Córka uczęszcza do .....

(nazwa szkoły)

II. **Sposób zaszczepienia dziecka\*:**

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

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

- IV. **Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*** na przetwarzanie danych osobowych moich i córki/podopiecznej **TYLKO i WYŁĄCZNIE** na potrzeby związane z realizacją „Programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV)Gminy Miejskiej Ciechanów” zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U z 2016 r., poz. 992 z późn. zm.).  
Mam jednocześnie świadomość, że brak zgody na przetwarzanie danych lub jej odwołanie jest równoznaczne z rezygnacją z udziału w przedmiotowym programie.

.....  
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego\*)

\* niepotrzebne skreślić