

# FORMULARZ ZGODY NA SZCZEPIENIE PRZECIWKO

## WIRUSOWI HPV

(wypełnia przedstawiciel ustawowy/opiekun)

Imię i nazwisko dziecka.....

Imię i nazwisko Przedstawiciela Ustawowego/Opiekuna.....

Pesel dziecka.....

Adres zamieszkania dziecka.....

Telefon do Przedstawiciela Ustawowego/Opiekuna.....

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem faktycznym (w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) małoletniego  
..... ( *imię i nazwisko małoletniego*)

Niniejszym oświadczam, że jako przedstawiciel ustawowy/opiekun faktyczny zostałem poinformowany o zasadach, celowości, działaniu i ewentualnych następstwach szczepienia oraz że zostały mi przekazane wszelkie informacje w trakcie wizyty kwalifikacyjnej u lekarza i je zrozumiałem.

### **Wyrażam zgodę na zaszczepienie mojego dziecka przeciwko wirusowi HPV**

Oświadczam, że nie zataiłem żadnych informacji dotyczących stanu zdrowia dziecka.

*Data i podpis przedstawiciela ustawowego/opiekuna.....*

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

*Ja niżej podpisany wyrażam zgodę z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. tzw. RODO wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie danych osobowych dziecka oraz moich podanych w formularzu przez SPZOZ w Nowym Tomyślu, ul. Poznańska 30 w celu związanym z realizacją programu szczepień p/HPV.*

*Podpis.....*