



Załącznik nr 1
do „ Programu zdrowotnego w
zakresie profilaktyki zakażeń
profilaktyki zakażeń wirusem
brodawczaka ludzkiego (HPV) w
Gminie Szaflary na lata 2015-2017”

FORMULARZ ZGODY NA BEZPŁATNE SZCZEPIENIA p/HPV
w ramach: „Programu zdrowotnego w zakresie profilaktyki zakażeń wirusem
brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Szaflary na lata 2015-2017”

Dane osobowe:

Imię i nazwisko

dziecka.....

Data urodzenia dziecka

.....

Imię i nazwisko rodziców/opiekunów prawnych:

Imię i nazwisko matki.....

.tel:.....

Imię i nazwisko ojca.....

.tel:.....

Adres zamieszkania dziecka:

.....

.....

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb wykonania szczepienia HPV,
zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych. (Dz. U. z 2002 r. nr 101,
poz.926 ze zm.)*

Wyrażam zgodę na podanie mojej córce 3 dawek szczepionki p/HPV

Nie wyrażam zgody na podanie szczepionki mojej córce.

.....
data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego