

**FORMULARZ ZGODY RODZICA / OPIEKUNA prawnego
NA SZCZEPNIENIE DZIECKA PRZECIWKO WIRUSOWI HPV
SZCZEPIONKĄ GARDASIL 9**

Nazwisko i Imię dziecka

(DRUKOWANE LITERY).....

PESEL:

Imię i Nazwisko Rodzica/ Opiekuna.....

Telefon kontaktowy

(Rodzica / Opiekuna)

Adres zameldowania dziecka.....

(kod pocztowy, miasto, ulica, nr domu i mieszkania)

.....

Nazwa Szkoły do której dziecko uczęszcza

.....

Przynależność do Podstawowej Opieki Zdrowotnej

.....

(nazwa placówki i jej adres)

Wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia

(Imię i Nazwisko dziecka)

przeciwno zakażeniu wirusem brodawczaka ludzkiego HPV typu 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 w ramach realizowanego Programu Polityki Zdrowotnej „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV na lata 2022–2026 Miasta Wałbrzycha”, finansowanego z budżetu Gminy Wałbrzych, dla dziewcząt i chłopców urodzonych w 2011 roku, zameldowanych na pobyt stały w Wałbrzychu.

Szczepienia wykonywane są dwoma dawkami w odstępach:

- 1 dawka,

- za 5 miesięcy - 2 dawka,

Oświadczam, że jako Rodzic/ Opiekun prawny zostałam/ zostałem zapoznana/ zapoznany z zasadami i terminami realizacji szczepień oraz ich celowości, działaniu i ewentualnych następstwach podania szczepionki.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu zgody dla potrzeb niezbędnych do realizacji „Programu Profilaktyki zakażeń Wirusem Brodawczaka Ludzkiego (HPV)” zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r – O ochronie danych osobowych.

.....

(data i **CZYTELNY** Podpis Rodzica / Opiekuna)