**ZGODA NA POWIERZENIE**

**DANYCH OSOBOWYCH**

W związku z zadeklarowanym udziałem mojej córki ………… …………………………………... w **„Programie szczepień przeciwko zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) dziewcząt urodzonych w 2009 roku – mieszkanek Gminy Kobierzyce”** wyrażam zgodę na przekazanie przez Gminę Kobierzyce podmiotowi wykonującemu szczepienia tj. NZOZ Przychodnia Rodzinna Kajderowicz i Biliński, Małgorzata Kajderowicz-Kowalik następujących danych:

**DANE DZIECKA**

1. Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………
2. Adres zamieszkania…………………………………………………………………………..
3. Data urodzenia ……………………………………………………………………………….
4. PESEL ……………………………………………………………………………………….

**DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO**

1. Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………
2. Adres zamieszkania…………………………………………………………………………..
3. Numer telefonu……………………………………………………………………………….
4. E-mail………………………………………………………………………………………....

Dane mają zostać wykorzystane w celach niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych – „**Program szczepień przeciwko zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) dziewcząt urodzonych w 2009 roku – mieszkanek Gminy Kobierzyce”**

………………………………… ……………………………………..

Imię i nazwisko Miejscowość, data

/podpis czytelny/