

**ZAŚWIADCZENIE**  
**O PRZEPROWADZONYM LEKARSKIM BADANIU**  
**KWALIFIKACYJNYM**  
(Program HPV 2019-2021 – Gmina Piła)

W wyniku przeprowadzonego w dniu..... o godzinie..... lekarskiego badania kwalifikacyjnego zaświadcza się, że:

u Pani ..... urodzonej w dniu .....

zamieszkałej w .....  
(adres zamieszkania)

nr PESEL lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

.....

stwierdzono brak przeciwwskazań do przeprowadzenia szczepienia ochronnego przeciw:  
**HPV**  
w okresie do 24 godzin od przeprowadzonego badania kwalifikacyjnego.

stwierdzono przeciwwskazania do przeprowadzenia szczepienia ochronnego przeciw:  
**HPV**

dające podstawy do odroczenia wykonania szczepienia do dnia .....

**UWAGI LUB ZALECENIA LEKARZA:**

.....

.....

Piła, dnia.....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

..... - wypełnia lekarz

Nr telefonu rodzica/opiekuna prawnego.....

Imię i nazwisko lekarza rodzinnego dziecka:.....

Nazwa i adres Poradni Dziecięcej dziecka:.....

.....

Nazwa i adres szkoły dziecka:.....

.....

## Zgoda rodzica/opiekuna prawnego na szczepienie osoby nieletniej objętej świadczeniami bez osobistego udziału rodzica/opiekuna prawnego

Ja,..... zamieszkały/a  
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

w ....., przy ul. ....

legitymująca/y dowodem osobistym nr .....

wyrażam zgodę na wykonanie cyklu szczepień w ramach „Programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Piła na rok 2019-2021” u dziecka:

.....  
(Imię i nazwisko dziecka)

Piła, dn.....  
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka dla potrzeb realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Piła na rok 2019-2021, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 poz 1000).

Piła, dn.....  
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

### Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych

1. Administratorem danych osobowych jest NZPOZ Medico Adam Gronowski z siedzibą przy ul. Lotnicza 3, w Pile (kod pocztowy: 64-920), tel.: 67 212 48 60, adres e-mail: rejestracja@medico.pila.pl
2. Celem zbierania danych jest prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości z wykonanych świadczeń zdrowotnych Podstawowej Opieki Zdrowotnej oraz programów profilaktycznych w ochronie zdrowia
3. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
4. W przypadku pytań związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych albo chęci zgłoszenia zagadnienie związanego z przetwarzaniem danych osobowych przez NZPOZ Medico, można skontaktować się z wyznaczonym Inspektorem Ochrony Danych Osobowych wykorzystując następujące dane:
  - a. Adres e-mail: iod.medico@gmail.com
  - b. Telefon: 507792812
  - c. Listownie: NZPOZ Medico Adam Gronowski; ul. Lotnicza 3, 64-920 Piła
5. Podanie danych jest wymogiem prawnym, niezbędnym do świadczenia usług medycznych. W przypadku niepodania danych nie będzie możliwe m.in. udzielanie porad medycznych, wykonywania zabiegów medycznych.
6. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa m.in. Narodowy Fundusz Zdrowia, placówki medyczne.
7. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu. Dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, również w formie papierowej.
8. Administrator danych nie będzie przekazywać Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do zrealizowania celów na który zostały zebrane, zgodnie z obowiązującym prawem w zakresie dokumentacji medycznej.