Wolsztyn, dnia………………………..

…………………………………………………..

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

………………………………………………….

Adres zamieszkania

………………………………………………

Nr telefonu

………………………………………………

Adres mail

**OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na objęcie córki (imię i nazwisko) …………………………………………………………………..…………………………………….
data urodzenia ……………………………………….
PESEL …………………………………………………
uczęszczającej do szkoły ……….…………………………………………………………………
klasa ………………………………………….

”Programem profilaktyki wirusem brodawczaka ludzkiego ( HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 i 58)”. Program obejmuje informacje edukacyjne dla rodziców i dzieci oraz podanie dwóch dawek szczepionek na HPV w roku 2023 przeprowadzone przez realizatora programu wybranego w drodze konkursu ofert.

 …………………………………………………………..

 Podpis rodzica/opiekuna prawnego

**ZAŁACZNIKI:**

- podpisana klauzula informacyjna,
- kopia pierwszej strony złożonej deklaracji PIT wraz z urzędowym potwierdzeniem odbioru
 każdego z rodziców.

**UWAGA:**
Komplet dokumentów należy dostarczyć do biura podawczego (pok.9) Urzędu Miejskiego
w Wolsztynie (osobiście lub za pośrednictwem szkoły) do dnia 2022-11-30

Klauzula informacyjna
dotycząca programu „Profilaktyka wirusem brodawczaka ludzkiego
(HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 i 58)”

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r., str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Urzędzie Miejskim
w Wolsztynie jest Burmistrz Wolsztyna z siedzibą przy Rynek 1, 64-200 Wolsztyn.

2. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w Urzędzie Miejskim w Wolsztynie można się skontaktować pisemnie na adres siedziby Administratora lub mailowo: iod@wolsztyn.pl.

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu związanym ze realizacją świadczeń
w ramach „Profilaktyka wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 i 58)”, na podstawie art. 6 ust. 1 RODO.

4. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wymagany przepisami prawa.

5. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, co do danych osobowych, których podanie jest dobrowolne, prawo do cofnięcia zgody
na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem.

6. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

7. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich.

8. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne dla celów związanych z realizacją w/w programu.

…………………………………………………………..

 Podpis rodzica/opiekuna prawnego