

# EDUKACJA DLA CHŁOPCÓW I DZIEWCZYNEK

Mysłowice, dnia.....

## ZGODA RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH NA UDZIAŁ W SPOTKANIU EDUKACYJNYM

Ja, .....

zam. ....

numer telefonu:.....

wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na dobrowolny udział w „Programie profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w mieście Mysłowice na lata 2022 - 2023” obejmującego edukację zdrowotną o tematyce m.in.: choroby przenoszone drogą płciową i możliwości ich zapobiegania ze szczególnym uwzględnieniem chorób wywołanych wirusem HPV (rak szyjki macicy, kłykciny kończyste); propagowanie nawyku systematycznego wykonywania (bezpłatnych) badań profilaktycznych (cytologia) celem wczesnego wykrywania chorób nowotworowych, ryzykowne zachowania seksualne, mojego dziecka:

.....DATA URODZENIA.....  
(imię i nazwisko dziecka)

PESEL .....

Dziecko uczęszcza do.....  
(nazwa szkoły)

.....  
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

\* niepotrzebne skreślić

## ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, .....

zam. ....

Zapoznałem/am się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych i **wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\*** na przetwarzanie **moich danych osobowych oraz mojej córki/podopiecznej TYLKO i WYŁĄCZNIE** na potrzeby związane z **REALIZACJĄ** programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w mieście Mysłowice na lata 2022 - 2023 w latach 2022 - 2023” przez Prezydenta Miasta Mysłowice zgodnie z Rozporządzeniem 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 - RODO

**Mam jednocześnie świadomość, że brak zgody na przetwarzanie danych lub jej odwołanie jest równoznaczne z niemożliwością wzięcia udziału w przedmiotowym programie.**

.....  
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

\* niepotrzebne skreślić