

## Sprawozdanie z realizacji programu polityki zdrowotnej „Programu zdrowotnego w zakresie profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) na lata 2017-2020 dla Gminy Września”

Za okres od ..... do .....

### I. Przebieg akcji informacyjno -promocyjnej.

--

### II. Przebieg akcji informacyjnej dotyczącej zakażenia HPV oraz zapobiegania rakowi szyjki macicy wśród uczniów na terenie szkół.

Miejsce	Data	Liczba uczestników	Potwierdzenie dyrektora szkoły

### III. Przebieg kampanii informacyjno- edukacyjnej wśród rodziców dziewcząt ( chłopców) objętych programem szczepień .

Miejsce	Data	Liczba uczestników Rodzice/opiekunowie prawni	Potwierdzenie dyrektora szkoły

### IV. Przebieg szczepień

Liczba uzyskanych zgód rodziców/opiekunów prawnych	Liczba badań/kwalifikacji	Realizacja szczepień

		<b>Liczba zaszczepionych</b>	<b>Ilość dawek</b>

V. Wykaz beneficjentów, u których przeprowadzono szczepienie

Lp.	Imię Nazwisko	Adres	Pesel	Ilość dawek		
				1 dawka/data	2 dawka/data	3 dawka/data

Uwagi:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
podpis

Załącznik:

1. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przekazywanie danych osobowych

Września,.....

.....  
Imię i nazwisko  
uczestnika programu zdrowotnego

.....  
(PESEL)

### Oświadczenie

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przekazanie danych osobowych .....

..... (imię i nazwisko uczestnika programu zdrowotnego ) w zakresie: imię i nazwisko, PESEL, adres zamieszkania, przez Gminę Września z siedzibą 62-300 Września, ul. Ratuszowa 1 oraz ich przetwarzanie na potrzeby realizacji programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) na lata 2017-2020 dla Gminy Września”.

Oświadczam, że poinformowano mnie o przysługujących mi prawach, w szczególności o dobrowolności podania danych, prawie dostępu do treści danych i ich poprawiania oraz o możliwości odwołania niniejszej zgody w każdym czasie. Mam jednocześnie świadomość, że brak zgody na przetwarzanie danych lub jej odwołanie jest równoznaczne z rezygnacją z udziału w przedmiotowym programie.

.....  
( imię i nazwisko oraz podpis rodzica/opiekuna prawnego uczestnika programu)