

Sprawozdanie z realizacji programu polityki zdrowotnej „Programu zdrowotnego w zakresie profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) na lata 2017-2020 dla Gminy Września” w 2018 r.

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

		Liczba zaszczepionych	Ilość dawek

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)