

....., dnia.....  
(miejscowość)

### **Oświadczenie opiekuna prawnego w związku z możliwością wykonania szczepienia przeciw grypie**

Ja niżej podpisany .....  
PESEL.....będący opiekunem prawnym podopiecznego (imię i nazwisko PESEL).....

oświadczam, że wyrażam zgodę\* / nie wyrażam zgody\* na dobrowolne szczepienie przeciwko grypie ww. podopiecznego pacjenta Psychiatrycznego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego WOŁOIZOL w Gorzycach, na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021r. w sprawie metody zapobiegania grypie sezonowej w sezonie 2021/2022 (Dz. U. poz 1581 ze zm.) i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział podopiecznego w dalszej części szczepienia bez podania przyczyny.

#### **Sposób zaszczepienia podopiecznego:**

w obecności opiekuna prawnego\*/ w obecności personelu medycznego\*

.....  
(czytelny podpis)

\*niepotrzebne skreślić

### **Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia, nazwiska, numeru PESEL i danych osobowych w postaci: imienia, nazwiska numeru PESEL mojego podopiecznego przez podmiot leczniczy wykonujący szczepienie i udostępnianie tych danych: Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko grypie.

Imię :

Nazwisko:

PESEL:

.....  
data podpis