|  |
| --- |
| **FORMULARZ****w sprawie przystąpienia do szczepień**  |
| Dane osoby niepełnoletniej |
| 1 | Imię |  |
| 2 | Nazwisko |  |
| 3 | Nr PESEL |  |
| Dane przedstawiciela ustawowego |
| 1 | Imię |  |
| 2 | Nazwisko |  |
| 3 | Nr telefonu |  |

…………………………………………………………..

                                                                                                                          Data i czytelny podpis opiekuna

**Zgoda opiekuna ustawowego**

Ja ………………………………………………………………. legitymujący/a się: ………………………………………………………..

 *( imię nazwisko) (nazwa dokumentu tożsamości)*

seria:………………………… nr:……………………………………………….. oświadczam, że jestem przedstawicielem

ustawowym – rodzicem/opiekunem prawnym …………………………………………………………………………………

 *(imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego )*

nr PESEL dziecka ……………………………………………………….. i wyrażam zgodę na jego zgłoszenie na szczepienie przeciw COVID-19.

…………………………………………………………..

                                                                                                                          Data i czytelny podpis opiekuna

**Obowiązek informacyjny**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie imienia, nazwiska, numeru PESEL, numeru telefonu prywatnego, wyłącznie w celu przystąpienia do szczepień przeciwko chorobie wywołanej zakażeniem wirusem SARS – CoV-2 (COVID-19) mojego niepełnoletniego dziecka. Jednocześnie przyjmuje do wiadomości, że:

1. Administratorem moich danych osobowych jest **Prezydent Miasta Bydgoszczy z siedzibą przy ul. Jezuickiej 1, 85-102 Bydgoszcz**
2. W sprawach związanych z ochroną swoich danych osobowych możecie się Państwo kontaktować  z Inspektorem Ochrony Danych za pomocą e-mail: **iod@um.bydgoszcz.pl**

lub pisemnie na adres: **Urząd Miasta Bydgoszczy, Inspektor Ochrony Danych, ul. Jezuicka 1, 85-102 Bydgoszcz**

1. Dane osobowe są przetwarzane na podstawie wyrażonej zgody.
2. Niewyrażenie zgody będzie skutkowało nie możliwością wzięcia udziału w szczepieniach organizowanych przez Urząd Miasta Bydgoszczy.
3. Dane osobowe będą udostępniane podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą zgłoszonego do oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, realizującego szczepienia.
4. Dane osobowe przetwarzane będą przez okres realizacji szczepień.
5. W związku z przetwarzaniem danych osobowych jestem uprawniona/y do:
	1. Dostępu do danych osobowych.
	2. Poprawiania danych osobowych.
	3. Cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. W celu zgłoszenia wycofania zgody należy wysłać e-mail na adres: bzs@um.bydgoszcz.pl. Wycofanie zgody przed realizacją szczepienia jest równoznaczne z rezygnacją ze szczepienia.
	4. Wniesienia żądania usunięcia danych w przypadku cofnięcia zgody na ich przetwarzanie.
	5. Wniesienia żądania ograniczenia przetwarzania danych wyłącznie do ich przechowywania  w przypadku:
		1. zakwestionowania prawidłowości danych lub podstawy prawnej ich przetwarzania,
		2. potrzeby zapobieżenia usunięcia danych, pomimo wygaśnięcia prawnego tytułu do ich przetwarzania przez Urząd, w celu umożliwienia ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń,
	6. Wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
6. Państwa dane osobowe nie są przetwarzane w sposób zautomatyzowany oraz nie podlegają profilowaniu.

…………………………………………………………..

                                                                                                                                           Data i czytelny podpis opiekuna