

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA
W KAMPANII EDUKACYJNO-INFORMACYJNEJ NA TEMAT
PROFILAKTYKI WIRUSA HPV**

KAMPANIA REALIZOWANA W RAMACH PROGRAMU ZDROWOTNEGO PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ WIRUSEM
BRODAWCZAKA LUDZKIEGO (HPV) W MAŁOPOLSCE W ROKU 2016
REALIZOWANEGO PRZY WSPARCIU FINANSOWYM WOJEWÓDZTWA MAŁOPOLSKIEGO

.....
(imię i nazwisko Dyrektora)

w imieniu

.....
(nazwa i adres szkoły)

deklaruje chęć uczestnictwa w kampanii edukacyjno-informacyjnej na temat profilaktyki wirusa HPV realizowanej w ramach Programu Zdrowotnego Profilaktyki Zakażeń Wirusem Brodawczaka Ludzkiego (HPV) w Małopolsce w roku 2016 realizowanego przy wsparciu finansowym Województwa Małopolskiego.

Oświadczam, że zapoznałem się z założeniami kampanii edukacyjno-informacyjnej i je w całości akceptuję.

Dane Szkolnego Koordynatora kampanii edukacyjno-informacyjnej nt. profilaktyki zakażeń HPV:

- Imię, nazwisko:
- Telefon:
- E-mail:

Wypełnioną deklarację uczestnictwa należy odesłać do dnia **8 lipca 2016** na adres: programy.zdrowotne@dziecieczszpital.pl
lub na adres:
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika
ul. Strzelecka 2, 31-503 Kraków
z dopiskiem: **Kampania HPV**

.....
(miejsce i data)

.....
(podpis Dyrektora wraz z pieczęcią szkoły)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych. Jestem świadomy/świadoma, że:

- dane osobowe są przetwarzane przez Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie, z siedzibą w Krakowie, 31-503, ul. Strzelecka 2,
- dane osobowe są przetwarzane wyłącznie w celu realizacji kampanii edukacyjno-informacyjnej nt. profilaktyki wirusa HPV,
- mam prawo dostępu do treści moich danych osobowych i możliwości ich poprawienia,
- wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do realizacji celu jakim jest realizacja kampanii.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (imię, nazwisko, adres e-mailowy, numer telefonu) zgodnie z ustawą dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych. (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz.926 ze zm.)

.....
(miejsce i data)

.....
(czytelny podpis Dyrektora Szkoły)

.....
(miejsce i data)

.....
(czytelny podpis Szkolnego Koordynatora kampanii)

Realizator Programu Zdrowotnego:

Program realizowany przy wsparciu finansowym Województwa Małopolskiego



INSTYTUCJA
WOJEWÓDZTWA
MAŁOPOLSKIEGO

MAŁOPOLSKA