

NAZWA REALIZATORA  
PROGRAMU



**Formularz uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej  
w zakresie profilaktyki zakażeń pneumokokowych  
pn. „Zdrowie, Mama i Ja – etap II”**

*(wypełnia rodzic lub opiekun prawny dziecka)*

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za stwierdzenie nieprawdy celem osiągnięcia nienależnej korzyści oświadczam, że

.....  
(imię, nazwisko, nr PESEL dziecka)

spełnia warunki uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zakażeń pneumokokowych pn. „Zdrowie, Mama i Ja – etap II”, określone w załączniku do uchwały nr XXXV/869/2016 Rady m.st. Warszawy z dnia 22 września 2016 roku, tj.:

- 1) zamieszkuje na terenie m.st. Warszawy,
- 2) jest w wieku pomiędzy 24 a 36 miesiącem życia.

Ponadto oświadczam, że wyrażam zgodę na udział dziecka w ww. programie zdrowotnym finansowanym ze środków m.st. Warszawy.

.....  
Data i podpis rodzica  
lub opiekuna prawnego  
dziecka

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka przez Prezydenta m.st. Warszawy w celach realizacji programu zdrowotnego pn. „Zdrowie, Mama i Ja – etap II”, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922).

.....  
Data i podpis rodzica  
lub opiekuna prawnego  
dziecka

Administratorem danych jest Prezydent m.st. Warszawy z siedzibą w Warszawie, pl. Bankowy 3/5. Dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w celu realizacji programu zdrowotnego pn. „Zdrowie, Mama i Ja – etap II” i nie będą przekazywane innym odbiorcom. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do treści jej danych oraz możliwość ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne, jednak bez ich podania nie jest możliwe uczestnictwo w programie.