Załącznik Nr 1 do ogłoszenia o konkursie

………………………………………………

Pieczątka prowadzącego program szczepień

Imię: ………………………………………………………………………….

Nazwisko: ……………………………..…………………………………….

Adres: ………………………………………………………………………..

1. Płeć: □ kobieta □ mężczyzna

2. Wiek: ……. lat

3. Czy kiedykolwiek chorował(a) Pan(i) na grypę?

□ tak □ nie

4. Czy w przeszłości szczepił(a) się Pan(i) przeciwko grypie?

□ tak □ nie

5. Jeśli tak, to czy uzyskano odporność i nie wystąpiły objawy grypy?

□ tak □ nie

6. Czy finansowanie szczepień przez Miasto i Gminę wpłynęło na decyzję

o zaszczepieniu?

□ tak □ nie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. 2018 poz. 1000 ze zm.) w zakresie realizowanego profilaktycznego programu zdrowotnego polegającego na przeprowadzaniu szczepień przeciwko grypie dla mieszkańców Miasta i Gminy Daleszyce.

……………………………………………………….

Data i czytelny podpis osoby uczestniczącej w programie