Trzcianka, dnia……………….

Jako opiekun prawny małoletniego:

……………………………………….. (imię i nazwisko małoletniego),

…………………………………………(PESEL małoletniego)

oświadczam, że wyrażam zgodę (w rozumieniu art. 6 ust. 1 lit.a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. - Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia i nazwiska, numeru PESEL, numeru telefonu przez Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Trzciance oraz udostępnianie tych danych Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

Jednocześnie potwierdzam zapoznanie się z poniższą klauzulą informacyjną.

|  |  |
| --- | --- |
| Data |  |
| Czytelny podpis |  |

**KLAUZULA INFORMACYJNA ZWIĄZANA Z REALIZACJĄ NARODOWEGO PROGRAMU SZCZEPIEŃ PRZECIWKO COVID-19**

W związku z udziałem Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II w Trzciance w realizacji Narodowego Programu Szczepień przeciwko COVID-19 dla pacjentów oraz zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II z siedzibą w Trzciance przy ul. Sikorskiego 9, który reprezentuje Dyrektor. Kontakt z administratorem dostępny jest pod numerem telefonu 67 352 31 00 lub pod adresem poczty elektronicznej: kancelaria@szpital-trzcianka.pl

2) Administrator powołał również Inspektora Ochrony Danych, którym jest Marek Saj. Kontakt z Inspektorem pod adresem e-mail kancelaria@szpital-trzcianka.pl
3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w związku z realizacją szczepień przeciwko COVID-19, którego organizatorem jest Centrum e-Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) na etapie zapisów do szczepienia i art. 6 ust. 1 lit. c) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., w związku z art. 9 ust. 2 lit. h) i i) na etapie przeprowadzenia szczepienia
4) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą: Centrum e-Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz inne podmioty i organy uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, a także firmy wspierające obsługę informatyczną Administratora oraz podmioty realizujące obsługę kadrowo- księgową Administratora,

5) Posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie o ile nie będzie to stało w sprzeczności z przepisami prawa
6) Pani/ Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany przepisami prawa – niezbędny do celów związanych z realizacją programu szczepień ochronnych oraz jego rozliczenia

7) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8) Administrator nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych odbiorcom w państwach trzecich oraz organizacjom międzynarodowym.
9) Podanie danych jest dobrowolne, jednakże niepodanie ich uniemożliwia udział w szczepieniu ochronnym przeciw COVID-19 w ramach realizowanego programu