

ZGŁOSZENIE DO UDZIAŁU W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ

.....
(nazwa programu)

Ja niżej odpisany(a).....oświadczam, że:

1. Jestem mieszkańcem Gminy Kamieńsk

TAK NIE

Adres zamieszkania:

2. Jestem w wieku od 65. lat

PESEL.....

3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie programu zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami prawa.

TAK NIE

4. Po zakończeniu programu wyrażam zgodę na kontakt celem przeprowadzenia ewaluacji programu – sprawdzenie skuteczności zdrowotnej szczepionki.

TAK NIE

Numer telefonu komórkowego:.....

Adres e-mail:

Wypełniają osoby uczestniczące w programie po raz następny (tj. w poszczególnych latach trwania programu)

Czy była Pani/Pan hospitalizowana/y z powodu grypy po uczestnictwie w programie w latach poprzednich:

TAK - w roku, NIE

Czy działania informacyjno - edukacyjne spowodowały, że członkowie rodziny, znajomi - poza programem, na własny koszt zaszczepili się przeciw grypie:

TAK* NIE* NIE WIEM*

Uczestnik/Uczestniczka programu:

.....

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

.....

Data i czytelny podpis
Uczestnika/Uczestniczki

Oświadczam, że omówiłem(am) z Uczestnikiem/Uczestniczką zasady udziału w programie.

Osoba reprezentująca Instytucję Zarządzającą:

.....

Data i czytelny podpis

pieczętka

BURMISTRZ
Bogdan Pawłowski