

„Program profilaktyki i wczesnego wykrywania zakażenia HCV w mieście Lesznie w roku 2025”

Oświadczenie

Nazwisko i Imię.....
PESEL: Telefon:.....
Adres zamieszkania

Ja niżej podpisany oświadczam, co następuje:

1. Wyrażam zgodę na uczestnictwo w programie: „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania zakażenia HCV w mieście Lesznie w roku 2025” (dalej jako „Program”), w którym zostaną przeprowadzone badania diagnostyczne / badania diagnostyczne u dziecka* w kierunku wykrycia wirusa HCV (test anty-HCV), a w przypadku uzyskania wyniku pozytywnego HCV RNA metodą PCR.
2. Jestem zameldowany na pobyt stały / czasowy na terenie miasta Leszna.*
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich /dziecka* danych osobowych w celu uczestnictwa w Programie w zakresie niezbędnym do realizacji Programu.
4. Zapoznałem/łam się z klauzulą informacyjną.

Leszno, dnia
.....
(czytelny podpis /
czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego*)

Jednocześnie oświadczam, że powyższe dane osobowe są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej z tytułu podania nieprawdziwych danych.

Leszno, dnia
.....
(czytelny podpis /
czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego*)

Podanie danych osobowych (imię nazwisko, PESEL, adres zamieszkania) jest obligatoryjne, a niepodanie tych danych uniemożliwia udział w programie

* - *niepotrzebne skreślić.*