

.....
pieczętka prowadzącego program szczepień

Załącznik Nr 1
do Ogłoszenia o konkursie

Imię

Nazwisko.....

Adres: Suwałki, ul.

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 wpłynęło na decyzję o zaszczepieniu?

☐ tak ☐ nie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie realizowanego profilaktycznego programu zdrowotnego polegającego na przeprowadzeniu szczepień przeciwko grypie dla mieszkańców Miasta Suwałki

.....
data i czytelny podpis osoby uczestniczącej w programie